

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

N° **476**

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Philippe LECŒUR

né le 8 Mai 1936 à Notre-Dame-de-Bondeville (S.-Marit.)

présentée et soutenue publiquement le.....1963

**A PROPOS DE 68 OBSERVATIONS DE HERNIE HIATALE
CHEZ L'ADULTE**

Président : M. ROUX, Professeur

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1963

N°

T H E S E
pour le
D O C T O R A T E N M E D E C I N E
(Diplôme d'Etat)

par

Philippe L E C O E U R
né le 8 Mai 1936 à Notre Dame de Bondeville (S.Mme)

présentée et soutenue publiquement le

1963

A PROPOS DE 68 OBSERVATIONS DE HERNIE HIATALE
CHEZ L'ADULTE

Président : M. ROUX Professeur





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550217_0003

PROFESSEURS HONORAIRES :

Messieurs ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.),
 BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.),
 DEBRE (R.), FEY (B.), GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.),
 HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.),
 LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.),
 MORTEAU (R.), MONLONGUET (P.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALERY-
 RADOT, PETIT-DUTAILLES (D.), QUENU (J.), RICHTER (C.), SENEQUE (J)
 STROHL (A.), TANON (L.).

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR Jean VERNE

2e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a), Professeurs titulaires :

Anatomie	MM. DELMAS (A)
Anatomie Pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	(JAYLE (M-F)
	(SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la Chirurgie	N.
Histologie	VERNE (J)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F-P)

Pathologie médicale	MILLIEZ (P)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	{ BINET (L)
Physiologie et pathologie obstétricale	{ BARGETON (D)
Physique médicale	{ LEPAGE (F)
	{ DOGNON (A)
	{ DJOURNQ (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et Chirurgie Expérimentale N.	
Thérapeutique	CONTE (M)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P)
	{ POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Embryologie	TUCHMANN (H)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M)
Parasitologie	BRUMPT (L-6)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
Pharmacologie	LEVU (Mle J)
Physiologie	PARROT (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

A) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon)	LORTAT-JACOB
(Cochin)	LEGER (L)
(Hôtel-Dieu)	PATEL (J)
Cliniques chirurgicales (Pitié	CORDIER (G)
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	SICARD (A)
(Tenon	OLIVIER (Cl)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et répa- ratrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants Malades)	LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants Malades)	CATHALA (J)

Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Nécker) . . .	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais) . . .	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
(Boucicaut	LENEGRE (J)
(Broussais	SOULIE (P)
(Cochin	JUSTIN-BESANCON
Cliniques médicales (Cochin	BROUET (G)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
(Lariboisière	SEZE (S.de)
(Pitié	DREYFUS (G)
(Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) . . .	GENNES (L de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
Cliniques obstétricales (Baudelocque	LACOMTE (M)
(Foch (Suresnes)	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port Royal)	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière .	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint- Vincent de Paul)	LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants Malades) .	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) .	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) .	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau	TURPIN (R)

B) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{	BOUR (H)
	{	LHERMITTE (F)
	{	PEQUIGNOT (H)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES et
MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.
Anatomie	(CABROL (C) COUINAUD (C) GILLOT (C) OLIVIER (G) GAUTHIER-VILLARS (Mle) Pr.s.ch. ABELANET (R) BUSSE (F) CHOMETTE (G) GOUYGOU (Ch) m.conf. NEZELLOFF (Ch) ORCEL (L) PAILLAS (J) KERN (E) VOURC'H (G) BARBIER (P) CHRISTOL (D) LE MINOR (L) TOURNIER (P) BAULIER Et.m.conf. BOURILLON (R) CARTIER (P) DREYFUS (J-Cl) GONNARD (P) KRUEH (J) JEROME (H) PLAS (F) BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M) CIVATTE (J) DUPERRAT (B) LEDoux-LEBARD (G) BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G) COUJARD (R) pr.s.ch MAROIS (M) RACADOT (J)
Anatomie pathologique	
Anesthésiologie	
Bactériologie	
Biochimie médicale	
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	
Carcinologie	
Dermato-Syphiligraphie	
Electro-radiologie	
Hématologie	
Histologie	

Hydrologie	MM. BESANCON (F) CORNET (A)
Hygiène	{ BOYER (J) pr.s.ch BLANCHER (G) CORRE-HURST (M ^{he} L) SAPIN-JALOUSTRE (H)
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R) DUPONT (V) DEROBERT (L) pr.s.ch FOURNIER (E) GUENIOT (M) HADENGUE (A) ALBAHARY (C)
Médecine légale	
Médecine du travail	
Neuro-Chirurgie	PERTUISET (B) { GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G) LEVY (J) MORIN (P) MUSSET (R) ROBEY (M) SENEZE (J) SUREAU (C) THOYER-ROZAT (J)
Obstétrique	{ BREGEAT (P) DUBOIS (A) SARAUX (H) JUDET (R) MEARY (R) POSTEL (M) RAMADIER (J) DEBAIN (J) PIALOUX (P) GOLVAN (Y) LAPIERRE (J)
Ophtalmologie	
Orthopédie	
Oto-rhino-laryngologie	
Parasitologie	
Pathologie chirurgicale	{ BARCAT (J) BINET (J-P) CAUCHOIX (J) CERBONNET (G) CHATELIN (C-L) DUBOST (Ch) DUBOST (Cl) FAUREL (J) FLABEAU (F) GARBAY (M) GARNIER (H) Cl.de GAUDARD- d'ALLAINES

	121.	(	GERMAIN (A)
		(	LATASTE (J)
		(	LEVEQUE (B)
		(	LOYGUE (J)
Pathologie chirurgicale		(	MERCADIER (M)
		(	NATALI (J)
		(	PELLERIN (D)
		(	PERROTIN (D)
		(	ROBERT (H)
		(	THOMERET (G)
Pathologie exotique		(	SCHNEIDER (J)
		(	BENHAMOU (J-P)
		(	BERTHAUX (P)
		(	BOIVIN (P)
		(	CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale		(	HARTMANN (L)
		(	LOEPER (J)
		(	MAURICE (J)
		(	MIKOL (Cl)
		(	RICHET (G)
		(	AUSSANNAIRE (M)
		(	BOUVIER (J)
		(	BOUVRAIN (Y)
		(	BRICAIRE (H)
		(	BRISAUD (H)
		(	BROCARD (H)
		(	BUGE (A)
		(	CATINAT (J)
		(	CHRETIEN (J)
		(	COBLENTZ (B)
		(	CONTAMIN (F)
		(	COURY (C)
Pathologie médicale		(	ETIENNE (J-P)
		(	FREZAL (J)
		(	FRITEL (D)
		(	HENNEQUET (A)
		(	HIMBERT (J)
		(	HOUSSET (E)
		(	LAROCHE (Cl)
		(	LESOBRE (R)
		(	MACREZ (C)
		(	MOREAU (L)
		(	NICK (J)
		(	ROYER (P)
		(	TOURNEUR (R)
		(	WOLFROMM (R)
		(	JOSEPH (R)
		(	LAFOURCADE (J)
		(	LEPERCQ (G)
		(	MANDE (R)
Pédiatrie-Puericulture		(	MOZZICONACCI (P)
		(	POLONOVSKI (C)
		(	ROSSIER (A)
		(	VIALATTE (J)

	III.	
Pharmacologie	{	BOISSIER (J)
	{	LECHIAT (P)
	{	BARRES (G)
	{	DEJOURS (P)
Physiologie	{	DURAND (J)
	{	GIRARD m.conf.
	{	HUGELIN (A)
	{	SCHERRER (J)
	{	CHANTEUR (J)
	{	GOUGEROT (L)m.conf.
	{	pr.s.ch.
Physique médicale	{	GREMY (F)m.conf.
	{	MILHAUD (G)
	{	PELLERIN (P)
	{	ROUCAYROL (L)
	{	TUBIANA (M)m.conf.
	{	KREIS (B)
Pneumo-Phtisiologie	{	MEYER (A)
	{	RENAULT (P)
Psychiatrie	{	PICHOT (P)
	{	DENIKER (P)
Psychiatrie infantile	{	DUCHE (D)
	{	FLAVIGNY (H)
	{	LAPRESLE (J)
Rhumatologie	{	DELBARRE (F)
	{	CERNEA (P)
Stomatologie	{	CHAPUT (Mme)
	{	m.c. agr.)
	{	GRELLET (M)
	{	CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	{	LAMOTTE (M)
	{	MARCHE (J)
	{	AUVERT (J)
Urologie	{	MOULONGUET (A)
	{	QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

Anatomie	{	DEBEYRE (J)
	{	ABOULKER (P)
Clinique chirurgicale	{	AMFLINE (A) pr.s.ch
	{	VERNE (J-M)
	{	PERRAULT (M)
Clinique médicale	{	RAMBERT (P)
	{	THIEFFRY (S)

	MM.
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J) MAYER (M)
Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P) OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	HAURO (R)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES
ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P)Pr.s.ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J)Pr.s.ch

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE et UNIVERSITAIRE

MM. BOLTANSKI (E) LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaire principale	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	{ M.le Docteur HAHN (A)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTETnFORGET Mles LAURENT, LE NOIR QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma femme
avec toute ma tendresse

A ma fille

A mes parents

A tous les miens.

A Monsieur le Professeur Marcel ROUX
Professeur de la Chaire de Clinique
Thérapeutique Chirurgicale,
Chirurgien des Hôpitaux,

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse,

Remerciements et hommages respectueux.

A Monsieur le Professeur Pierre JOUANNEAU
Professeur de Clinique Chirurgicale à
l'Ecole de Médecine de Rouen,
Chirurgien des Hôpitaux de Rouen,
Membre Associé National de l'Académie
de Chirurgie,

qui nous a inspiré ce travail. Alors
que nous étions Externe puis Interne
dans son Service, il a largement
contribué à notre formation chirurgi-
cale : qu'il trouve dans cette
étude l'expression de toute notre
reconnaissance et de notre fidèle
attachement.

A Monsieur le Professeur Jean Julien DESSAINT
Professeur de Clinique Chirurgicale Infan-
tile à l'Ecole de Médecine de Rouen,
Chirurgien des Hôpitaux de Rouen,
Membre Associé National de l'Académie
de Chirurgie,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

En témoignage de notre profonde admi-
ration et de notre vive gratitude pour
l'exemple qu'il nous a donné quand
nous étions Interne dans son Service.

A Monsieur le Docteur Henri THOREL
Chirurgien des Hôpitaux de Rouen,
Membre de la Société Française
d'Orthopédie,

Avec l'assurance de notre sincère
gratitude pour l'enseignement dont
il nous a fait bénéficier.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Docteur BERTRAND
Monsieur le Docteur CHEDRU
Monsieur le Docteur DAVY
Monsieur le Professeur DESSAINT
Monsieur le Docteur FLOURENS
Monsieur le Professeur GEFFROY
Monsieur le Docteur HEBERT
Monsieur le Professeur HECTOR
Monsieur le Professeur JOUANNEAU
Monsieur le Docteur JOUANNOT
Monsieur le Docteur PETIT
Monsieur le Docteur RENAULT
Monsieur le Professeur SEYER
Monsieur le Professeur STEWART
Monsieur le Docteur THOREL

Avec nos sincères remerciements et nos
hommages respectueux.

Le traitement des hernies hiatales soulève encore de nombreuses discussions; notre Maître le Professeur P. JCUANNEAU nous a suggéré l'idée de ce travail et nous a confié les dossiers de 68 malades qu'il a été amené à traiter au cours de ces dix dernières années.

Signalée pour la première fois par AMBROISE PARE en 1575, c'est surtout depuis 1920 (Thèse de J. QUENU) que cette affection a fait l'objet de nombreuses publications. Rappelons surtout les travaux de AKERLUND qui le premier en 1926 en donna une classification essentiellement radiologique; ceux de HARRINGTON (1948-1955), WANGENSTEEN et IERENDINO (1949), ALLISON (1951) SWEET (1952), LORTAT-JACOB (1957-1961-1962) DELOYERS et VAN DER STRICHT (1957); enfin le rapport de MM. MOUCHET et BARRAYA lors du dernier Congrès Français de Chirurgie tenu à PARIS en Septembre 1962.

Après un bref rappel sur la classification des hernies hiatales, nous résumerons dans une série de tableaux les 51 observations de nos opérés, précisant pour chacun :

- . l'âge,
- . le sexe,
- . la symptomatologie,
- . le type radiologique de la hernie, dans tous les cas où cela nous a été possible,
- . la date de l'intervention et ses suites immédiates.

Le plan de notre travail sera ensuite le suivant :

- Etude clinique : . nombre de cas présentés (68)
 - . fréquence selon âge et sexe
 - . Classification des cas étudiés :
 - formes typiques
 - formes cliniques
 - . résultats du bilan radiologique pré-opératoire.

- Etude thérapeutique :
 - . cas non opérés (17)
 - . cas opérés (51)
 - le résumé des observations se trouvant à la fin de ce travail,
 - indications opératoires
 - techniques opératoires
 - résultats.
- Conclusions.

=====

CLASSIFICATION

La hernie hiatale est définie "par le passage à travers l'orifice oesophagien du diaphragme d'une portion plus ou moins importante de l'estomac".

En 1926, AKERLUND a donné une classification essentiellement fondée sur des constatations radiologiques. En se basant sur la situation du cardia et la longueur de l'oesophage, cet auteur a distingué trois types :

- type I avec oesophage court et cardia thoracique
- type II avec oesophage normal et cardia abdominal :
la hernie est constituée par la grosse tubérosité.
- type III avec oesophage de longueur normale mais flexueux de telle sorte que le cardia est thoracique.

Le type I correspondant au brachyoesophage congénital n'entre pas dans le cadre des hernies hiatales; c'est une anomalie très rare : "ce n'est pas une hernie au sens propre du mot puisqu'il s'agit d'une anomalie de développement embryonnaire".

Nous adopterons la classification proposée par ALLISON et SWEET en 1951.

1 - Hernies para-oesophagiennes

Dites encore par roulement (rolling hernia des Anglo-Saxons); c'est la plus rare des hernies hiatales. 6 % de nos cas répondent à ce type, ce qui est tout à fait en accord avec les chiffres que nous trouvons dans la littérature : BELSEY, 9 %; ALLISON, 7 %; SWEET, 5 %; NUBOER, 6 %; MOUCHET, 11 %; BARRAYA, 10 %; seul HARRINGTON rapporte un pourcentage supérieur à 15 %.

Dans cette variété, la grosse tubérosité glisse dans l'hiatus le long de l'oesophage tandis que le cardia reste abdominal : la hernie se développe dans un sac péritonéal, de

volume variable. Dans deux de nos observations, cette hernie était volumineuse (OBS. N° 8 et 39), mais nous n'en avons pas rencontré contenant outre l'estomac, le colon, la rate ou un autre viscère abdominal. Quoi qu'il en soit l'existence d'un sac péritonéal complet permet en règle une réintégration abdominale facile.

2 - Hernies par glissement (Sliding hernia d'ALLISON)

Les plus fréquentes dans toutes les statistiques que nous avons retrouvées : plus de 78 % des cas que nous avons repris; 90 % pour BELSEY; 87 % pour MOUCHET; 78 % pour BARRAYA.

Dans cette variété, la partie haute de l'estomac glisse à la suite du cardia dans l'anneau hiatal gagnant ainsi le médiastin postérieur, mais il n'y a pas de sac péritonéal. De volume variable sans doute, ce type de hernie est en règle peu volumineux, voire même intermittent, répondant alors aux malpositions cardio-tubérositaires de LORTAT-JACOB, au syndrome hiato-oesophagien de MONTEZUMA DE CARVALHO.

3 - Hernies mixtes.

Résultat de la combinaison des deux types précédents, nous en trouvons 7 %; pour MOUCHET, 3 %; pour BARRAYA, 9 %.

Si le type anatomique de la hernie est bien souvent difficile à préciser radiologiquement, il faut rappeler la valeur de certains signes cliniques plus particuliers à l'un ou l'autre :

- la fréquence du reflux dans les hernies par glissement rend compte des douleurs ainsi que du pyrosis et des régurgitations.
- l'absence de reflux dans les hernies para-oesophagiennes les oppose aux précédentes; c'est surtout dans ces formes que l'on rencontrera des douleurs épigastriques, des troubles dyspeptiques, des signes cardio-respiratoires, voire des accidents d'incarcération.

OBS.	1	2	3	4	5	6	7	8
AGE	30 ans	57 ans	59 ans	61 ans	48 ans	41 ans	55 ans	64 ans
SEXE	H	F	F	H	H	H	H	F
<u>SYMPTOMES</u>								
Douleurs épigastriques	+	+	+					+
Syndrôme postural			+				+	+
Régurgitations	+						+	+
Pyrosis			+					+
Eructations								
Hoquet								
Vomissements		+	+					
Dysphagie							+	
Dyspepsie					+			+
Hémorragies		+	+		+	+		+
Anémie					+	+		
Phlébites								
Troubles cardiaques								+
Troubles respiratoires								+
<u>RADIOGRAPHIES</u>								
Hernie hiatale par glissement								
Petite			+			+		
Importante		+			+		+	
H.H para-oesophagienne								+
H.H mixte	+			+				
<u>INTERVENTION</u>								
Date	VI 53	III 55	IX 55	XI 56 II 57	XII 56	XII 56	I 57	II 57 II 61
Suites			P	C.P		C.P	A.P H.P	D

P = Phlébite C.P. = Complication pulmonaire A.P = Abscès de paroi
H.P = Hémopneumothorax D = Dysphagie

OBS.	9	10	11	12	13	14	15	16
AGE	46 ans	27 ans	58 ans	46 ans	43 ans	67 ans	49 ans	61 ans
SEXE	H	H	F	H	H	F	F	F
<u>SYMPTOMES</u>								
Douleurs épigastriques	+	+	+	+	+	+	+	
Syndrôme postural	+		+	+	+			
Régurgitations				+	+			
Pyrosis	+	+	+	+				
Eructations								
Hoquet							+	
Vomissements	+			+				
Dysphagie			+					
Dyspepsie				+				
Hémorragies				+	+	+		+
Anémie					+	+		+
Phlébites								
Tr. cardiaques								
Tr. respiratoires			+	+				
<u>RADIOGRAPHIES</u>								
Hernie hiatale par glissement								
Petite	+	+				+	+	+
Importante			+	+				
H.H para-oesophagienne								
H.H mixte								
<u>INTERVENTION</u>								
Date	IX 57	XII 57	I 58	II 58	VI 58	VI 58	VI 58	VIII 58
Suites							A D	

A D = Abscès du Douglas

OBS.	17	18	19	20	21	22	23
AGE	73 ans	58 ans				34 ans	61 ans
SEXE	F	H	F	F	F	F	F
<u>SYMPTOMES</u>							
Douleurs épigastriques	+	+	+	+	+	+	
Syndrôme postural	+	+	+	+		+	
Régurgitations	+	+	+			+	
Pyrosis	+			+			
Eructations		+					
Hoquet	+						
Vomissements		+	+				+
Dysphagie			+				
Dyspepsie							
Hémorragies					+		
Anémie	+		+		+		
Phlébites							
Tr. cardiaques							
Tr. respiratoires							
<u>RADIOGRAPHIES</u>							
Hernie hiatale par glissement							
Petite	+	+	+	+	+		+
Importante							
H.H para-oesophagienne							
H.H mixte							
<u>INTERVENTION</u>							
Date	IX 58	XI 58	IX 58	I 59	II 59	III 59	IV 59
Suites	S O		D	A P			

S.O = Sub-occlusion

D = Dysphagie

A P = Abscès de Paro

OBS.	24	25	26	27	28	29	30
AGE	62 ans	37 ans	60 ans	59 ans	64 ans	50 ans	60 ans
SEXE	F	H	F	F	F	H	H
<u>SYMPTOMES</u>							
Douleurs épigastriques		+		+		+	
Syndrôme postural		+	+	+	+		
Régurgitations		+	+	+	+		
Pyrosis					+		
Eructations						+	
Hoquet							
Vomissements		+		+		+	
Dysphagie				+	+		
Dyspepsie							
Hémorragies		+	+	+			+
Anémie	+		+	+			+
Phlébites							
Tr. cardiaques							
Tr. respiratoires							
<u>RADIOGRAPHIES</u>							
Hernie Hiatale par glissement							
Petite		+		+		+	
Importante			+		+		+
H.H para-oesophagienne							
H.H mixte	+						
<u>INTERVENTION</u>							
Date	IV 59	5 59	VII 59	VIII 59	V 60	III 60	V 60
Suites					P		H P

P = Prurit

H P = Hématome de Paroi

OBS.	31	32	33	34	35	36	37
AGE	64 ans	55 ans	52 ans	56 ans	48 ans	50 ans	63 ans
SEXE	F	F	H	F	H	H	H
<u>SYMPTOMES</u>							
Douleurs épigastriques	+	+	+	+	+	+	+
Syndrôme postural		+			+		+
Régurgitations		+	+				+
Pyrosis						+	+
Eructations							+
Hoquet							
Vomissements		+					+
Dysphagie							+
Dyspepsie							
Hémorragies			+				
Anémie				+			
Phlébites							
Tr. cardiaques							
Tr. respiratoires		+					
<u>RADIOGRAPHIES</u>							
Hernie hiatale par glissement							
Petite	+			+	+		+
Importante		+	+			+	
H.H para-oesophagienne							
H.H mixte							
<u>INTERVENTION</u>							
Date	VI 60	VII 60 I 61	VII 60	XII 60	I 61	IV 61	IX 6 1
Suites	D.C	P	H P		D	D	

D.C = Décès le 12e j. P = Phlébite D = Dysphagie H P = Hém.Paroi

OBS.		38	39	40	41	42	43	44
AGE		39 ans	45 ans	33 ans	54 ans	46 ans	65 ans	65 ans
SEXE		H	F	H	H	H	F	H
<u>SYMPTOMES</u>								
Douleurs épigastriques		+	+	+		+		
Syndrôme postural		+	+			+		
Régurgitations				+				
Pyrosis								
Eructations								
Hoquet								
Vomissements		+						
Dysphagie		+						
Dyspepsie								
Hémorragies				+	+		+	
Anémie			+	+	+			
Phlébites								
Tr. cardiaques								
Tr. respiratoires								
<u>RADIOGRAPHIES</u>								
Hernie hiatale par glissement								
Petite						+		
Importante					+			
H.H para-oesophagienne			+	+				
H.H mixte								
<u>INTERVENTION</u>								
Date		III 62	III 62	IV 62	XI 57	I 56	V 53	V 56
Suites			DC 3e		P			

D C = Décès 3e jour

P = Phlébite

OBS.	45	46	47	48	49	50	51
AGE		50 ans	65 ans	62 ans	40 ans	61 ans	54 ans
SEXE	F	H	F	F	F	F	F
<u>SYMPTOMES</u>							
Douleurs épigastriques			+		+		
Syndrôme postural				+			
Régurgitations							
Pyrosis			+	+	+		+
Eructations							
Hoquet							
Vomissements							+
Dysphagie				+			
Dyspepsie			+		+		
Hémorragies							
Anémie						+	+
Phlébites						+	
Tr. cardiaques							
Tr. respiratoires							
<u>RADIOGRAPHIES</u>							
Hernie hiatale par glissement							
Petite							
Importante							
H.H para-oesophagienne							
H.H mixte							
<u>INTERVENTION</u>							
Date	III 58 II 59	XI 60	I 61	II 61	IV 60 III 61	IV 61	XI 61
Suites	DC 8e						DC 18e

D C = Décès 8e et 18e jour

CLINIQUE

I - FREQUENCE

Il existe une telle discordance entre les chiffres rapportés par divers auteurs que toute appréciation exacte de la fréquence de cette affection semble bien difficile.

Ainsi, en 1575 AMBROISE PARE n'en avait rapporté que deux cas; en 1932, VELDE en trouve une proportion de 2,3 % sur 700 examens radiographiques de l'estomac; en 1949, BRICK en découvre 8,93 % sur 3448 examens radiologiques; TEXTER ira jusqu'à affirmer que les hernies sont présentes chez 30 % des sujets âgés. Quant à ROUX et PEDOUSSAUT leur pourcentage est passé de 1 à 2,5 puis à 7,25 % entre 1949 et 1952. Ces différents chiffres mettent en évidence la relation qui existe entre l'augmentation du nombre des hernies hiatales dépistées et l'amélioration des techniques radiologiques.

Nous présentons ici 68 hernies hiatales dont 51 ont été opérées.

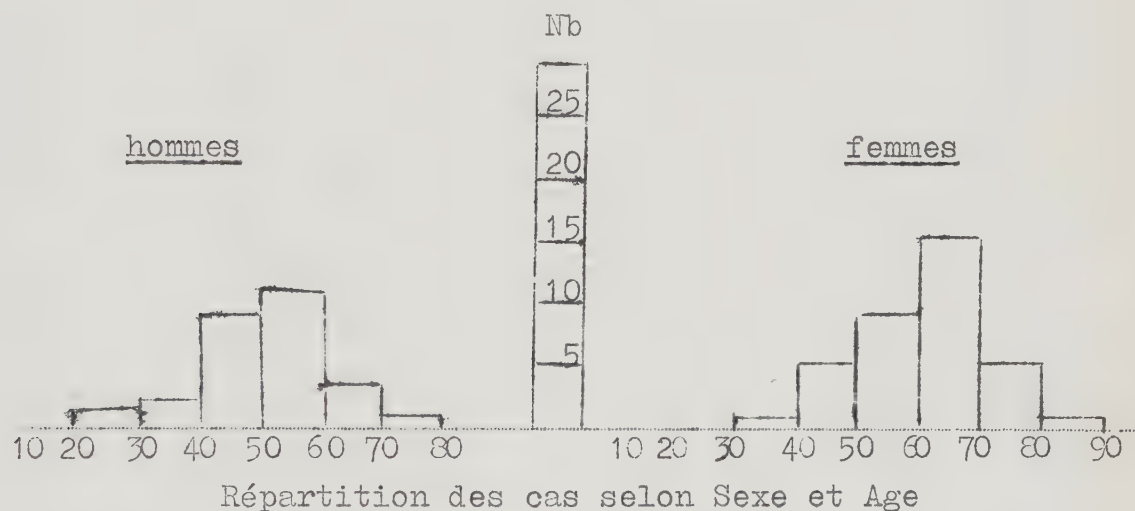
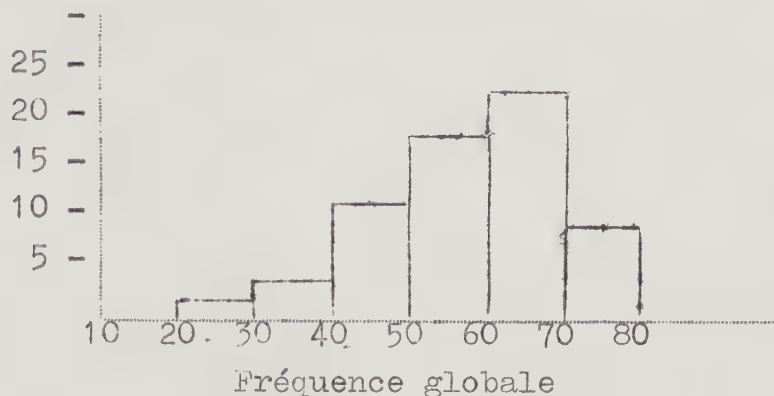
SEXE

Tous les auteurs insistent sur la plus grande fréquence de la hernie hiatale chez la femme : 77 % des cas pour RUDLER, 56 % pour FORSTER, 62 % pour MOUCHET, 65 % pour BARRAYA, Dans notre étude nous en trouvons 57 %.

AGE

Pour tous les auteurs également, le maximum de fréquence se situe entre 50 et 70 ans : 68 % pour LORTAT-JACOB,

72 % pour RUDLER; 60 % dans notre statistique, tandis que 10 % avaient plus de 70 ans et 30 % moins de 50 ans.



II - ANCIENNETE DES TROUBLES

L'ancienneté des troubles qui a amené ces malades à consulter est en règle générale bien difficile à apprécier :

- ou bien, leur début a été assez insidieux et progressif pour que le malade ne s'en soit aussitôt alarmé;
- ou bien, dans plus de 30 % de nos observations, l'interrogatoire n'a pas été orienté dans ce sens.

Cette inexactitude se retrouve d'ailleurs dans nombre de publications que nous avons reprises. Voici quelques chiffres :

- sur 221 cas rapportés par LORTAT-JACOB, 62 % souffraient depuis moins de 5 ans;
- sur 44 cas rapportés par FORSTER, 65 %
- sur 87 cas rapportés par A. MOUCHET au dernier Congrès Français de Chirurgie, 59 %.

Parmi les 51 cas opérés que nous avons réunis, 44 % seulement souffraient depuis moins de 5 ans.

A côté des nombreux cas où la date du début des troubles est difficile, voire même impossible à préciser, il en est au contraire où ils sont en rapport avec un antécédent précis :

- MOUCHET signale ainsi que 5 de ses malades avaient vu leurs troubles apparaître au cours d'une grossesse et persister par la suite;
- FROBESE en 1961 a fait état de 4 hernies hiatales sur 48 opérations de HELLER.
- Ch. DEBRAY signale sur ses 440 cas de hernies hiatales, 9 hernies apparues après gastrectomie, 1 après Dragstedt;
- FORSTER sur 44 hernies hiatales en note 4 apparues après gastrectomie.

Dans notre statistique, nous relevons ainsi :

- . 3 hernies apparues après cholecystectomie pratiquée quelques mois auparavant (OBS. n°2 - 22 et 23)
- . 2 hernies apparues après gastrectomie pratiquée moins d'un an plus tôt pour ulcère (OBS. n° 10 et 18)
- . 1 hernie après intervention de HELLER pratiquée 4 ans auparavant (OBS. n° 7)
- . 1 hernie après traumatisme de la base du thorax (OBS. n° 35)
- . Deux fois enfin, la hernie hiatale fut découverte par hasard : dans l'observation n° 4 ce fut à l'occasion d'un cliché pulmonaire systématique chez un bronchorrhéique chronique; dans l'observation n° 24 elle fut découverte lors d'une cholecystectomie.

III - SYMPTOMATOLOGIE

En reprenant les observations des 51 malades opérés sur les 68 cas que nous rapportons, nous avons été frappés par les faits suivants :

- 26 malades présentaient une symptomatologie typique de hernie hiatale;
- 17 malades ont présenté des accidents hémorragiques qui doivent les faire entrer dans le cadre des formes compliquées; chez 11 de ces malades en effet l'indication opératoire dut être portée à l'occasion de cet accident;
- 1 malade seulement présentait des phlébites à répétition qui motivèrent l'intervention;
- 2 fois seulement, la hernie était asymptomatique (OBS. 4 et 24);
- enfin les seules associations pathologiques que nous avons rencontrées sont l'ulcère et la lithiase vésiculaire.

Après avoir étudié la symptomatologie de nos formes typiques, nous présenterons donc nos formes cliniques en insistant particulièrement sur les formes compliquées.

- A - FORMES TYPIQUES

La moitié de nos observations sont à étudier dans ce chapitre. Deux signes sont constants et méritent d'être plus particulièrement étudiés :

- . la douleur épigastrique ou rétro-xyphoïdienne
- . l'influence posturale.

Ces signes, parfois isolés, sont souvent au contraire associés à l'un ou l'autre des signes suivants :

- . régurgitations, pyrosis, éructations, voire vomissements ou dysphagie.

La douleur épigastrique

Signe le plus souvent rencontré (63 % des cas selon MOUCHET) nous le trouvons dans 58 % de nos observations. De type

variable, il s'agit :

- soit de gêne épigastrique avec ballonnement post-prandial
- soit de brûlures retro-sternales à point de départ épigastrique
- survenant en règle, sans périodicité nette, le plus souvent cependant post-prandial tardif.

D'intensité généralement modérée, il s'agit d'un syndrome douloureux épigastrique, que l'alimentation calme ou non.

Enfin, quoique souvent absente dans nos observations, l'irradiation de cette douleur est caractéristique. Toujours ascendante, base du cou (OBS. 3), région retro-sternale (OBS. 13) région sous-mamelonnaire gauche (OBS. 38), parfois d'ailleurs postérieure latéro-vertébrale (OBS. 10 - 38) ou inter-scapulaire (OBS. 15).

Dans trois de nos observations seulement, cette douleur était isolée (OBS. 15 - 31 - 34), et seul un examen radiographique systématique permet de la rattacher à l'existence d'une hernie hiatale. Dans toutes les autres, elle coexistait avec l'un des signes majeurs des hernies hiatales.

L'influence posturale

Dans plus de 40 % des cas, le syndrome douloureux est influencé par certaines positions; il en est d'ailleurs de même pour le pyrosis. C'est surtout l'anteflexion du tronc qui est redoutée par les malades : la douleur ou le pyrosis parfois provoqués par cette position durent "le temps de l'anteflexion et disparaissent avec le redressement du tronc" (Signe du lacet de soulier de HILLEMAND). Parfois, mais plus rarement, c'est le decubitus dorsal qui gêne les malades, pouvant les contraindre à dormir demi-assis.

Le pyrosis

Signe majeur du reflux oesophagien, c'est une sensation de brûlure oesophagienne, suivie de régurgitations acides pour HILLEMAND, sans régurgitations pour LAMBLING.

D'intensité variable, parfois d'ailleurs intolérables, les brûlures oesophagiennes débutent toujours derrière l'appendice xyphoïde pour se propager ensuite de façon ascendante le long du trajet de l'oesophage; mais l'existence d'irradiations un peu particulières peut être signalée par les malades : ainsi la malade de l'observation 15 est venue consulter pour un syndrome douloureux épigastrique, post-prandial et des crises douloureuses dorsales atroces à irradiations ascendantes, interscapulaires, survenant à n'importe quel moment de la journée. Seul un bilan radiologique systématique permit le diagnostic étiologique de ces douleurs insolites.

Les régurgitations

Présentes dans plus de 40 % de nos observations, nous les avons plus fréquemment rencontrées que le pyrosis. Minimales en général, ces régurgitations peuvent cependant être plus abondantes : consistant dans le rejet par la bouche d'une certaine quantité de liquide aqueux, parfois mêlé de débris alimentaires, ou même strié de sang.

Dans 67 % de nos observations, la position penchée en avant ou le decubitus dorsal provoquaient ou accentuaient ce phénomène.

Les autres signes

Bien plus rarement dans notre étude, nous avons rencontré vomissements, dysphagie, hoquet, éructations, ou troubles cardio-respiratoires.

Dans une observation seulement (OBS. 23) les vomissements étaient le seul signe objectif d'une petite hernie hiatale avec important reflux; dans tous les autres cas, soit 23 %, les vomissements n'étaient qu'un élément supplémentaire et accessoire à côté des douleurs épigastriques et du syndrome postural.

Dans les observations 7 et 28, la dysphagie était associée au pyrosis avec régurgitations mais sans syndrome douloureux épigastrique. Dans les autres cas, soit 12 %, cette dysphagie était un signe bien secondaire.

Quant au hoquet et aux éructations nous ne ferons qu'en rappeler l'existence éventuelle lors de l'évolution d'une hernie hiatale avec tout son cortège de signes fonctionnels. Selon MOUCHET les éructations font partie du syndrome dans 20 % des cas environ : nous ne les avons notées que dans 5 % de nos observations tandis que 3 % présentaient un hoquet.

Chez deux malades seulement (OBS. 8 et 12) des troubles cardio-respiratoires importants coexistaient avec les signes fonctionnels classiques : la hernie était volumineuse, et dans les deux cas l'électro-cardiogramme était normal.

- B - FORMES CLINIQUES

Près de 50 % de nos observations entrent dans le cadre de ce chapitre. Après quelques mots au sujet des formes asymptomatiques que nous avons rencontrées, nous évoquerons la symptomatologie particulière à certaines de nos observations : nous insisterons alors surtout sur les nombreuses formes compliquées que nous avons eu l'occasion de voir depuis plusieurs années.

1 - FORMES ASYMPTOMATIQUES

Si les petites hernies hiatales latentes sont fréquentes chez le vieillard - MONGES et SAINT-PIERRE en ont relevé 65 % au cours d'examens radiologiques pratiqués dans une collectivité de vieillards - il est beaucoup plus rare d'en découvrir de volumineuses, cliniquement muettes, comme nous en avons eu l'occasion.

Ainsi, notre malade de l'observation 4 est entré dans le Service pour hernie hiatale de la totalité de l'estomac avec participation du colon : c'est à l'occasion d'un cliché pulmonaire systématique chez ce bronchorréique chronique qu'elle fut découverte. Peut-être fallait-il alors voir une relation de cause à effet entre une phlébite de la jambe droite deux ans auparavant et cette volumineuse hernie ?

Quant à Mme Y..., malade de l'observation 24, c'est lors d'une cholecystectomie pour lithiase, qu'une exploration systématique de la cavité abdominale fit découvrir une volumineuse hernie

hiatale dont on renonça à faire la cure dans le même temps étant donné son importance.

2 - FORMES COMPLIQUÉES

Par rapport au grand nombre de hernies hiatales, les formes compliquées sont relativement rares; nous voulons cependant insister sur leur aspect clinique étant donné que nous rapportons ici plus de 20 % d'observations où l'indication opératoire a été posée à l'occasion d'accidents hémorragiques - hématomèse ou melaena; dans tous ces cas nous avons noté une anémie, parfois d'ailleurs inférieure à 3.000.000 (OBS. 5, 6 et 41); d'autre part 5 % de nos malades nous ont été adressés pour cure de hernie hiatale diagnostiquée à l'occasion d'une anémie hypochrome, rebelle à toute thérapeutique médicale.

Formes anémiques

Décrites initialement chez le nourrisson par les Pédiatres, leur intérêt vient de ce qu'elles "se présentent souvent comme des anémies primitives traitées sans succès par les traitements hémopoïétiques habituels et qu'elles sont souvent adressées à l'Hématologiste" (MOUCHET).

La fréquence de ces formes primitives est semblablement appréciée par les différents auteurs : 3 % pour HILLEMAND, 6 % pour DEBRAY; 5 % pour MARCHAND; 3,5 % pour LORTAT-JACOB.

La symptomatologie en est variable : il est des cas où les malades viennent consulter pour troubles digestifs bâtarde et chez lesquels l'anémie n'est qu'une découverte d'examen. Mais il en est d'autres où ils viennent parce qu'ils accusent des signes fonctionnels liés à cette anémie : pâleur, sensation de fatigue ou éréthisme cardiaque (OBS. 39) Cette anémie s'est en règle installée insidieusement; le nombre des globules rouges se tient en général aux alentours de 3.000.000; la charge hémoglobinique est faible; le volume globulaire moyen est diminué : il s'agit d'anémie microcytaire, hypochrome, parfois même ferriprive.

Ainsi notre malade de l'observation 16 présentait une anémie hypochrome avec discrète éosinophilie; plusieurs séries de clichés mirent en évidence une hernie hiatale par glissement, sans reflux; le reste du bilan étant négatif, l'indication opératoire dut être posée, d'autant plus que la hernie pouvait être responsable d'un melaena que nous n'avons pas constaté lors de l'hospitalisation. Il en fut de même pour le malade de l'observation 41 qui présentait une anémie à 2.500.000.

Nos malades des observations 19 et 34 étaient traitées depuis longtemps : la première présentait une anémie hypochrome rebelle à toute thérapeutique et le diagnostic fut porté devant l'apparition de signes évocateurs d'une hernie hiatale; la seconde présentait une anémie hypochrome et ferriprive dont le diagnostic étiologique fut porté grâce à un bilan digestif systématique.

Formes hémorragiques

Des hémorragies digestives, extériorisées par un melaena ou une hématomèse, sont de fréquence variable selon les auteurs : 10 % pour LORTAT-JACOB et FORSTER, 11 % pour HARRINGTON, 13 % pour SWEET, tandis que WARMOES et PENNEWAERT en signalent 31 %. Dans notre statistique, nous avons rencontré 21 % d'hématémèses plus ou moins importantes.

Ces accidents hémorragiques sont le plus souvent d'abondance moyenne, l'hématémèse étant d'ailleurs plus fréquente que le melaena isolé (21 % et 15 %); parfois cependant le saignement est très abondant et peut poser un pronostic vital en raison de l'anémie qu'il entraîne.

D'autre part, dans le cadre de ces formes hémorragiques, il faut opposer :

- les hernies hiatales où apparaît un accident hémorragique au cours de l'évolution : mais les signes cliniques associés orientent immédiatement l'enquête étiologique;
- aux hernies hiatales cliniquement muettes mais subitement révélées par une hématomèse ou un melaena.

Six de nos malades (OBS. 3 - 12 - 13 - 25 - 27 - 40) ont présenté des accidents hémorragiques, d'ailleurs sans gravité, mais dont le diagnostic étiologique fut simple étant donné la richesse de leur symptomatologie fonctionnelle; dans aucun de ces cas nous n'avons constaté d'anémie inférieure à 3.000.000.

A l'opposé, dans six observations (OBS. 5 - 6 - 14 - 21 - 26 et 41) l'hémorragie fut le signe révélateur de la hernie et fit même poser l'indication opératoire :

- Cinq fois (OBS. 5 - 6 - 14 - 21 et 26) des hématoméses importantes avec anémie inférieure à 3.000.000 étaient totalement isolées et ce n'est qu'au cours du bilan digestif systématique qu'on put les rapporter à leur étiologie.
- une fois enfin (OBS. 41) il s'agissait d'un melaena isolé avec anémie à 2.500.000 : une importante hernie hiatale par glissement a été dépistée au cours du bilan radiologique.

Pour conclure ce chapitre des formes anémiques et hémorragiques, nous ne pouvons que dire avec DEBRAY : "la hernie hiatale représente une des causes importantes d'anémie et d'hémorragies digestives : devant une anémie de cause non évidente, on devra toujours demander un examen radiologique de l'estomac, en spécifiant bien qu'un temps spécial sera réservé à la recherche d'une hernie hiatale; devant un saignement apparemment sans cause, la hernie hiatale doit être recherchée cliniquement et radiologiquement avec le plus grand soin".

Les phlébites à répétition

C'est en 1952 que LIAN, SIGUIER, WELTI et SEBAOUM isolèrent le syndrome : "Hernie diaphragmatique thromboses veineuses à répétition"; ANDRE et DREYFUS en 1953, SANTY en 1954, CACHIN PERGOLA et LEVILLAIN en 1955 ont insisté sur les phlébites à répétition "qu'il convient de rattacher d'ailleurs aux formes anémiques".

Notre propos n'est pas de reprendre ici les hypothèses pathogéniques auxquelles ont donné lieu ces phlébites, mais simplement d'insister sur leur caractère clinique majeur : il s'agit de phlébites périphériques, récidivantes; telle était l'histoire de cette malade (OBS. 50) qui avait présenté 12 phlébites : on notait une anémie, un très léger reflux, les radios montraient une volumineuse hernie hiatale.

L'étranglement

Nous ne ferons que mentionner ici cet accident redoutable que nous n'avons pas eu la chance de rencontrer, mais dont quelques cas ont été rapportés dans la littérature.

- C - ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES

Diverses associations pathologiques ont été signalées par les auteurs au premier rang desquelles on trouve les lésions gastro-duodénales et les affections biliaires.

CRUZE en 1959 note 11 % d'ulcères gastro-duodénaux sur une compilation de 2724 hernies hiatales; LORTAT-JACOB rapporte 7 % de lésions gastro-duodénales sur 221 hernies hiatales; FORSTER, 11 %. Nous en avons également rencontré 11 % : deux de nos malades (OBS. 44 et 46) ont d'ailleurs subi une gastrectomie en même temps que la cure de leur hernie hiatale; le malade de l'observation 44 a subi une gastrectomie des 3/4 (avec anastomose type POLYA) pour ulcère juxta-cardial; celui de l'observation 46 une gastrectomie des 2/3 (avec anastomose type PEAN), pour ulcère pylorique sténosant. Les malades des observations 10 et 18 avaient subi une gastrectomie dans les mois précédents, l'un pour ulcère bulbaire, l'autre pour ulcère pylorique. Deux enfin (OBS. 13 et 30) étaient traités médicalement pour ulcère.

Tandis que LORTAT-JACOB, dans la même statistique, ne rapporte que 6 % de lithiases biliaires et FORSTER 9 %, MOUCHET en rapportait 26 % lors du dernier Congrès Français de Chirurgie. 17 % de nos malades étaient porteurs de lithiasse biliaire associée à la hernie hiatale : quatre d'entre eux (OBS. 2 - 22 - 23 et 24)

avaient subi une chelecystectomie moins d'un an auparavant; quatre (OBS. 15 - 17 - 34 - 45) la subirent en même temps que la cure de la hernie.

Beaucoup d'autres associations ont été signalées :

- lésions coliques,
- diverticules oesophagiens (6 par LORTAT-JACOB, 3 par FORSTER)
- mégaoesophages : notre malade 7 avait subi une intervention de HELLER quatre ans auparavant;
- trois de nos malades étaient porteurs d'une affection tuberculeuse (OBS. 5 - 21 et 25), certainement stabilisée chez deux d'entre eux (OBS. 21 et 25),
- Deux malades étaient traités médicalement pour hypertension (OBS. 28 et 31).
- Signalons le dolicho-sigmoïde constaté lors d'une laparotomie (OBS. 37) : les troubles que présentait le malade furent attribués à cette malformation et la cure de la hernie hiatale ne fut faite que quatre mois après.
- Enfin, le psychisme très particulier des malades 29 et 25 explique la persistance de troubles particuliers après l'intervention : tendance nauséuse, ballonnement.

IV - RADIOLOGIE PRE-OPERATOIRE

Tous nos opérés furent soumis à un examen radiologique pré-opératoire soigneux; le diagnostic put ainsi être posé avec certitude, sauf dans l'observation 13 : radiographies et gastroscopie étaient en effet négatives, mais le syndrome clinique étant rebelle au traitement médical, le diagnostic clinique de hernie hiatale fut posé et confirmé lors de l'intervention.

Neuf malades faisant partie de la clientèle personnelle de notre Maître le Professeur JOUANNEAU, nous n'avons pu voir les séries radiographiques. Notre but n'est d'ailleurs pas de reprendre ici l'étude détaillée du bilan radiologique chez les malades présentant des signes cliniques évocateurs de hernie hiatale mais de donner un simple aperçu du résultat de notre

enquête radiologique pré-opératoire.

Bien que nous n'ayons pas pu voir certains clichés et que d'autres soient difficilement interprétables, nos résultats sont parallèles à ceux que nous avons pu retrouver dans certaines publications : la hernie para-oesophagienne est rare par rapport à la hernie par glissement. Sur 221 hernies hiatales, LORTAT-JACOB rapporte 86 % de hernies par glissement et 10 % de hernies para-oesophagiennes, tandis que FORSTER indique 77 % et 8 % sur un total de 44 hernies.

Dans notre statistique, en tenant compte des observations dont les éléments radiologiques sont inutilisables, nous trouvons les chiffres suivants :

- hernies hiatales par glissement : 78 %, dont 47 % sont de petite taille et 31 % supérieures au volume d'une prune.
- hernies para-oesophagiennes : 6 %.
- hernies mixtes : 7 %.

=====

TRAITEMENT

Loin d'être bien codifié, le problème du traitement des hernies hiatales reste encore sujet à discussion dans ses indications et ses techniques, étant donné les échecs enregistrés encore actuellement par tous les auteurs.

Après avoir exposé nos indications opératoires, nous rendrons compte des techniques chirurgicales employées - avec leurs variations récentes - et rapporterons nos résultats, les discutant alors le plus objectivement possible.

Rappelons d'abord que sur 68 malades, 17 n'ont pas été opérés pour des raisons médicales variées; parmi les 51 opérés au cours des dix dernières années, 14 dont nous signalerons le résultat post-opératoire immédiat, n'ont pu être contrôlés ; parmi les 37 restants :

- tous ont été contrôlés récemment, soit qu'ils aient répondu à un questionnaire que nous leur avons adressé, soit que nous les ayons revus en consultation;
- 30 ont subi un examen radiologique de contrôle.

I - Indication opératoire

La majorité des auteurs semble bien d'accord pour admettre que la thérapeutique chirurgicale doit être envisagée d'emblée dans les cas suivants :

- hernie très volumineuse, en particulier dans la forme para-oesophagienne;
- violence des symptômes dus à la hernie : troubles cardio-respiratoires, brûlures retro-sternales par reflux, surtout en decubitus, douleurs anginoïdes;
- existence d'une autre lésion loco-régionale : soit ulcus gastro-duodéal, soit même suspicion d'épithélioma, soit lithiase biliaire;

- hémorragies digestives manifestes ou occultes, mais responsables d'une anémie hypochrome, rebelle à toute thérapeutique;
- les hernies hiatales avec phlébites à répétition.

Mais il faut bien sûr discuter encore ces indications, en se demandant si la hernie constatée est bien responsable des plaintes du malades, "la moitié au moins d'entre eux étant des psychopathes" (LORTAT-JACOB)

La thérapeutique chirurgicale devra enfin être envisagée après échec du traitement médical, si celui-ci a été correctement institué et suivi.

Hormis ces indications schématiques formulées par SIGUIER, DEMOLE, LORTAT-JACOB, RUDLER et NUBOER, la décision opératoire reste bien difficile à prendre, "le traitement chirurgical n'étant pas exempt de séquelles douloureuses, d'échecs et de récurrences".

Deux faits dominent le problème de nos indications opératoires :

- à peine 20 % de nos malades ont dû être opérés après échec du traitement médical, alors que dans des études récentes LORTAT-JACOB en rapporte 63 % et FORSTER 43 %
- plus de 22 % de nos malades ont dû être opérés à la suite d'accidents hémorragiques, mais aucune indication n'a dû être posée en urgence.

Nos autres indications s'établissent comme suit :

- 11 malades - soit 22 % - ont été opérés en raison du volume de la hernie qu'ils présentaient;
- deux fois (OBS. 16 et 34) une anémie isolée et résistante au traitement médical, une fois (OBS. 19) une anémie avec quelques signes fonctionnels de hernie hiatale, amenèrent à l'intervention : soit 6 %.
- trois fois (OBS. 10 - 23 - 25) soit dans 6 % des cas il existait un reflux important qui fit poser l'indication.

- sept fois, existait une lésion associée : ulcus juxta-cardial (OBS. 44), ulcus pylorique sténosant (OBS. 46), lithiase vésiculaire (OBS. 15 - 17 et 45), lithiase vésiculaire et anémie (OBS. 34), suspicion d'épithélioma antral (OBS. 37).
- deux fois (OBS. 30 et 33), l'indication fut posée à l'occasion d'une hématomérose dont l'étiologie n'avait pu être affirmée avec certitude : ces deux malades étaient en effet traités pour ulcus duodénal (OBS. 30) ou ulcus de la petite courbure verticale (OBS. 33)
- une fois enfin (OBS. 50), l'indication fut posée chez une malade ayant présenté douze phlébites à répétition en quelques années.

Comme dans toutes les publications nous avons donc retrouvé dans notre étude des indications opératoires de tous ordres, celles posées pour accidents hémorragiques venant au premier rang; notons enfin que chez aucun de nos malades l'intervention n'a dû être pratiquée d'urgence pour une complication aiguë telle qu'un étranglement - nous n'avons d'ailleurs pas eu la chance d'en rencontrer - ou une hémorragie non contrôlée.

II - Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical, dont nous allons donner les modalités techniques utilisées depuis dix ans dans le Service de notre Maître le Professeur JOUANNEAU, doit viser essentiellement à reconstituer un oesophage abdominal aussi long que possible et un bon angle oeso-cardio-tubérositaire.

Parmi les diverses techniques proposées voici celles qui ont été employées.

Voie d'abord

Tenant compte du fait que cinq malades (OBS. 4 - 8 - 32 - 45 - 49) ont dû subir une réintervention à la suite d'échec opératoire, la voie d'abord utilisée a été :

- aucune fois thoracique
- 10 fois abdomino-thoracique
- 46 fois abdominale.

Pour les observations 4 - 8 et 45, la première intervention avait été pratiquée par voie abdomino-thoracique, la seconde l'a été par voie abdominale; pour les observations 32 et 49 les deux interventions ont été faites par voie abdominale.

Techniques

A - De Janvier 1953 à Décembre 1960 plusieurs procédés ont été utilisés :

- 1 - Dans la majorité des cas (30 interventions) nous avons suivi le manuel opératoire suivant -(Technique I) :
 - . médiane sus-ombilicale
 - . rapprochement - fixation des piliers du diaphragme en arrière de l'oesophage
 - . fermeture de l'angle de His, mais sans fixation du point supérieur de la grosse tubérosité au pilier gauche.
- 2 - Dans les observations 7 - 8 et 11, la technique suivante a été utilisée (Tech. II) :
 - . abord abdomino-thoracique,
 - . fixation du sac à la face inférieure du diaphragme,
 - . fermeture de l'orifice par voie thoracique,
 - . la fixation de la grosse tubérosité au diaphragme a complété l'intervention dans l'observation 11.
- 3 - Dans les observations 3 - 4, 42 et 45, la cure de la hernie été réalisée de la façon suivante (Tech. III) :
 - . abord abdomino-thoracique,
 - . rapprochement - fixation des piliers du diaphragme en arrière de l'oesophage,
 - . fixation de la grosse tubérosité à la face inférieure du diaphragme, telle qu'elle a été préconisée par LOYGUE, SENEQUE et CHATELIN.

4 - Enfin pour les observations 5 - 6 et 16, on a ainsi procédé (Tech. IV) :

- . médiane sus-ombilicale,
- . fermeture pre-oesophagienne des piliers,
- . suture de l'oesophage au pourtour de l'orifice,
- . fermeture de l'angle de His,
- . fixation de la grosse tubérosité à la face inférieure du diaphragme, dans les observations 5 et 6 seulement.

B - Depuis Décembre 1960, toutes les hernies hiatales du Service ont été opérées selon la technique de NISSEN (Tech.V) avec cependant quelques modifications qu' a apportées notre Maître. Dans un cas (OBS. 39) nous avons associé à l'opération de NISSEN, la fermeture de l'orifice; dans les 13 autres (OBS. 8 - 32 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 40 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51) nous avons procédé de la façon suivante :

- . mise en place d'une grosse sonde gastrique pour éviter un rétrécissement de l'oesophage,
- . médiane sus-ombilicale,
- . libération de l'oesophage abdominal et de la région cardiale,
- . un lac est passé autour de l'oesophage abdominal et tiré vers le bas,
- . libération de la grosse tubérosité près du cardia,
- . 2 fils sont passés dans le bord droit de la grosse tubérosité l'un à sa partie supérieure, l'autre à sa partie inférieure,
- . ces fils sont attirés à droite, derrière l'oesophage, à l'aide d'un clamp,
- . on attire ensuite la grosse tubérosité que l'on enroule sur la face droite puis antérieure de l'oesophage,
- . on effectue alors une suture gastro-gastrique aux fils de lin : 3 à 5 points sont en règle suffisants;
- . pour éviter une désinvagination, on réunit le bord supérieur du manchon à la face antérieure de l'oesophage par deux ou trois points séparés de fil de lin en ayant soin de ne pas prendre le pneumogastrique.

Gestes opératoires complémentaires

L'existence de lésions associées rendit nécessaires certains actes complémentaires à la cure de la hernie hiatale. Ainsi outre la correction de la hernie, furent pratiqués :

- 1 gastrectomie des 3/4 avec anastomose type POLYA pour ulcère juxta-cardial (OBS. 44);
- 1 gastrectomie des 2/3 avec anastomose type PEAN pour ulcère pylorique sténosant (OBS. 46)
- 4 cholecystectomies rétrogrades pour lithiasse vésiculaire (OBS. 15 - 17 - 34 et 45)

Interventions itératives

Cinq malades durent être réopérés pour récurrence. Trois NISSEN furent ainsi réalisés après échec par l'une des autres techniques qui avait été utilisée par voie abdomino-thoracique (OBS. 8) ou abdominale (OBS. 32 - 49)

- Observations 32 - 49 : échec après cure selon la technique I;
- Observation 8 : échec après cure par fixation du sac à la face inférieure du diaphragme et fermeture endo-thoracique de l'orifice à la soie.

Les malades des observations 4 et 45 chez lesquels on avait fermé l'orifice et fixé la grosse tubérosité à la face inférieure du diaphragme par voie abdomino-thoracique furent tous deux réopérés par voie abdominale :

- Observation 4 : fermeture des piliers et fixation de la grosse tubérosité à la face inférieure du diaphragme.
- Observation 45 : fermeture des piliers et de l'angle de His.

III - Résultats

Avant de rapporter en détail l'étude de nos résultats, il nous semble utile et intéressant de reprendre quelques chiffres rapportés par différents auteurs dans la littérature,

- les résultats obtenus par HARRINGTON dans ses 450 cas (1955) sont les meilleurs publiés jusqu'à maintenant : 13 récurrences seulement (2,9 %)
- SWEET, avec sa technique, a pu ainsi obtenir d'excellents résultats : 3 % de récurrences après 6 mois minimum sur 130 cas, rapportés en 1953.
- ALLISON, en 1955, rapportait de moins bons résultats : 10 % de récurrences sur 255 cas.
- BOEREMA signalait de mauvais résultats pour 16 cas opérés selon diverses techniques : ses récurrences qui dépassaient alors 50 % n'atteignent pas 10 % sur 57 opérés depuis qu'il applique sa méthode de "gastropexia anterior geniculata" (1957); DELANNOY et MARTINOT ont 80 % d'excellents résultats avec cette méthode (1961)
- NISSEN, qui utilise son procédé depuis 13 ans à BALE, a enregistré 88 % de guérisons cliniques et radiologiques sur 120 opérés.
- Voici les résultats de RUDLER sur 57 cas de hernies hiatales opérés (1959) :
 - . 40 résultats excellents de 3 à 6 ans, mais 3 récurrences radiologiques;
 - . 5 résultats moyens
 - . 3 échecs
- les pourcentages publiés par LORTAT-JACOB et MAILLARD sont les suivants sur 186 malades contrôlés :
 - . 1962 : 56 % d'excellents résultats
 - 28 % de résultats moyens.

"83 % de leurs malades ont donc bénéficié du geste chirurgical".

- NUBOER, qui a contrôlé 211 malades opérés selon la technique d'ALLISON jusqu'en 1959, rapporte 80 % d'excellents résultats.
- SENEQUE et CHATELIN notent 2 récidives sur 19 cas.
- Enfin DELOYERS et VAN DER STRICHT donnaient les chiffres suivants en 1957, sur 26 opérés réexaminés :
 - . 5 mauvais résultats sur 8 cas opérés selon la technique d'HARRINGTON
 - . mais 2 récidives seulement sur 16 cas opérés selon leur technique personnelle.

Il est des auteurs dont l'expérience n'est pas satisfaisante, tels : SOUTTER (9 récidives sur 24 cas opérés par voie abdominale), GERMS (6 récidives sur 8 opérés), LOYGUE (6 récidives sur 8 opérés). DELOYERS écrivait d'ailleurs en 1957 : "Nous connaissons un certain nombre de chirurgiens qui n'ont pas publié leurs résultats à cause du nombre élevé des récidives anatomiques".

Tels sont les chiffres discordants que nous avons retrouvés dans la littérature. Voyons maintenant nos résultats personnels.

Résultats immédiats

Nous verrons dans ce paragraphe :

- . la mortalité et
- . les complications post-opératoires
- . le résultat clinique et radiologique concernant les malades que nous n'avons pas pu contrôler récemment.

1 - mortalité

Nous avons à déplorer 4 décès dans les suites immédiates de l'intervention :

- Observation 31 : la malade est décédée subitement le 12^e jour et le protocole d'autopsie concluait ainsi : manifestations multiples d'une maladie thrombo-embolique. Embolie pulmonaire massive.

- Observation 39 : deux jours après l'intervention, syndrome pulmonaire aigu : pleurésie purulente gauche; collapsus irréversible le 3e jour. Il coexistait une péricardite purulente découverte à l'autopsie.
- Observation 45 : décès le 8e jour dans un tableau d'hépatonéphrite grave.
- Observation 51 : décès subit par embolie pulmonaire massive au 18e jour.

2 - complications

Dans les suites immédiates nous avons observé les complications suivantes :

- quatre épisodes transitoires de dysphagie après cure de la hernie selon la technique de NISSEN (OBS. 8 - 32 - 35 - 36)
- deux phlébites : l'une bilatérale (OBS. 32), l'autre unilatérale le 30e jour (OBS. 3)
- une sub-occlusion qui a bien cédé sous traitement médical (OBS. 17)
- deux complications pulmonaires après intervention par voie abdomino-thoracique :
 - encombrement le 15e jour (OBS. 4)
 - épanchement pleural (OBS. 7)
- un ictère après la deuxième intervention chez un malade qui présentait une éventration et une récurrence (OBS. 4)
- des complications pariétales : deux hématomes de paroi (OBS. 15 et 30); deux abcès de paroi (OBS. 7 et 20)
- un abcès du Douglas (OBS. 15)

3 - Résultats concernant les malades perdus de vue

Il s'agit des malades 4 - 9 - 10 - 14 - 16 - 21 - 23 27 - 34 - 41 : les résultats cliniques et radiologiques étaient excellents.

Cependant, l'anémie que présentaient les malades 34 et 41 n'a pas été améliorée par la cure de la hernie hiatale.

La malade 16 a subi une laparotomie exploratrice dans le Service en Avril 1960 pour sub-occlusion : il s'agissait d'une carcinose pelvienne généralisée à point de départ ovarien droit; Radiothérapie.

Les malades 4 et 27 sont décédés, le premier 5 ans après l'intervention; le second 3 ans après : nous n'avons pas su la cause de leur décès.

Résultats éloignés

Nous disposons de résultats éloignés pour 37 de nos opérés. Tous ont fait l'objet d'un questionnaire détaillé ou ont été revus en consultation. Un contrôle radiologique a pu être effectué chez 30 de ces malades. Ces 37 malades nous permettront donc d'apprécier nos résultats éloignés du traitement chirurgical des hernies hiatales : nous bénéficions d'un recul s'échelonnant entre 1 et 10 ans. Les résultats exposés en fonction de la technique utilisée, peuvent être groupés en 3 catégories :

- excellents, lorsque tous les symptômes qui précédaient l'intervention, ont complètement disparu et que le contrôle radiologique est excellent,
- moyens, comprenant 2 types de malades : ceux qui ont vu disparaître leurs troubles, mais chez lesquels le contrôle radiologique montre la réapparition d'une hernie hiatale; à l'inverse, les malades dont l'état clinique n'a pas été très amélioré alors que le contrôle radiologique est normal.
- mauvais, lorsque persistent des signes cliniques avec image radiologique de récurrence.

Ainsi donc définis, voici nos résultats selon chaque technique :

1 - Cure selon la technique I

8 résultats excellents soit 38 %

7 moyens soit 33 %

6 mauvais soit 28 %

2 - Cure selon les procédés II - III - IV

2 résultats excellents soit 28 %

3 moyens soit 43 %

2 mauvais soit 28 %

3 - Cure selon la technique de NISSEN (V)

8 résultats excellents soit 72 %

2 moyens soit 18 %

1 mauvais soit 9 %.

=====

RESULTATS ELOIGNES SELON LA TECHNIQUE

N° des Observat.	Guerison	Récidive Clinique et Radiologique	Récidive Clinique	Récidive Radiologique
1	+			
2		+		
12	+			
13			+	
15		+		
17		+		
18	+			
19			+	
20			+	
22		+		
24				+
25	+			
26		+		
28				+
29			+	
30	+			
32		+		
33			+	
43	+			
44	+			
46	+			

N° des Observat.	Guérison	Récidive Clinique et Radiologique	Récidive Clinique	Récidive Radiologique
3		+		
5			+	
6	+			
7				+
8		+		
11	+			
42			+	

- TECHNIQUES II III IV -

N° des Observat.	Guérison	Récidive Clinique et Radiologique	Récidive Clinique	Récidive Radiologique
8	+			
32		+		
35	+			
36	+			
37			+	
38	+			
40			+	
47	+			
48	+			
49	+			
50	+			

- TECHNIQUE V -

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude, il nous semble utile de dégager les faits suivants :

I - Au point de vue clinique

- La rareté des formes révélées par des phlébites à répétition ainsi que des formes avec troubles cardio-respiratoires.
- La fréquence des lésions vésiculaires associées et des formes compliquées d'accidents hémorragiques.

II - Au point de vue thérapeutique

En ce qui concerne la voie d'abord, la plus satisfaisante nous a paru être la voie abdominale : elle permet le traitement d'éventuelles lésions associées que l'on peut découvrir lors du temps d'exploration qui précède la cure proprement dite de la hernie.

Depuis 1961, nous employons exclusivement le procédé de NISSEN qui nous a donné toute satisfaction.

En fait, quelle que soit la technique, il semble bien que la guérison ne puisse survenir que si disparaît le reflux gastro-oesophagien : c'est tout l'intérêt de ce procédé qui "permet à peu de frais, non seulement de mettre un terme définitif au reflux oesophagien mais aussi d'éviter une nouvelle ascension de la région cardio-tubérositaire dans le thorax".

III - Au point de vue des résultats

Les plus intéressants sont évidemment ceux qui concernent les formes compliquées :

- aucun de nos malades opéré à la suite d'accidents hémorragiques n'a présenté ultérieurement de récurrence sous forme d'hématémèse ou de melaena.
- l'anémie hypochrome qui avait motivé l'intervention chez nos malades 19 et 34 n'a pas été améliorée par la cure de la hernie.
- depuis la cure de sa hernie, notre malade 50 n'a pas présenté de nouvelle phlébite et sa numération formule est normale.

- les troubles cardio-respiratoires ont totalement disparu chez nos malades 8 et 12 qui présentaient tous les deux une volumineuse hernie hiatale.
- deux de nos malades présentaient un psychisme particulier (OBS. 29 et 35) : divers auteurs l'ont déjà dit, ils ne constituent pas un bon terrain pour ce type d'intervention.

Si nous n'utilisons le NISSEN que depuis deux ans, nos résultats sont bien supérieurs à ceux que nous avons obtenus avec les autres techniques : 38 % seulement ont été excellents avec la technique classique - suture rétro-œsophagienne des piliers et fermeture de l'angle de His - 72 % avec le NISSEN. Enfin, chez les malades opérés selon cette dernière technique, nous n'avons relevé qu'une seule récurrence radiologique.

Si la cure de la hernie hiatale reste donc une intervention parfois décevante, notre préférence va maintenant au procédé de NISSEN qui nous semble simple et sans gravité. Quoique nous manquions d'un recul suffisant pour en apprécier les résultats avec certitude, ils nous paraissent cependant très encourageants étant donné le nombre de malades complètement guéris que nous avons pu revoir récemment.

VU, LE DOYEN DE LA FACULTE
Professeur L. BINET

VU, LE PRESIDENT DE THESE
Professeur M. ROUX

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. SARRAILH

RESUME DES OBSERVATIONS

NOS OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

M. D... 30 ans

Adressé dans le Service le 9.6.53 par le Professeur JOUANNEAU pour troubles digestifs apparus spontanément et progressivement depuis 3 mois. Ces troubles consistent en une sensation de gêne épigastrique avec ballonnement post-prandial; avant certains repas, fringales et régurgitations liquides. Ces troubles vagues font demander un transit gastro-duodéal : on découvre ainsi une grosse hernie hiatale mixte.

COMPTE RENDU-OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 20.6.53

"Hernie de l'hiatus oesophagien, le tiers de l'estomac passant par l'hiatus. Thoraco-phréno-laparotomie avec résection de la 7ème côte gauche. Réintégration. Fermeture de l'hiatus au fil de lin. Un point de lin refait l'angle cardio-tubérositaire. Fermeture sans drainage, à la soie."

SUITES OPERATOIRES : normales

le 16.11.62 : guérison totale

RADIOGRAPHIE du 1.12.62 : pas de récurrence radiologique ni de reflux.

OBSERVATION N° 2

Mme H... 57 ans

Admise dans le Service pour syndrome douloureux épigastrique, sans irradiations, survenant à n'importe quel moment de la journée et sans rapport avec les crises biliaires qui ont motivé la cholecystectomie le 8.12.54. On note enfin l'existence de très rares vomissements teintés de sang.

Les radiographies montrent une importante hernie hiatale par glissement.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 17.3.55

"Médiane sus-ombilicale. Suture des piliers par 2 points de fil de lin (piliers très faibles et très allongés). Fermeture de l'angle oeso-tubérositaire par plusieurs points séparés de fil de lin. Crins. Agrafes."

SUITES OPERATOIRES : normales

Le 23.11.62 : Atténuation du syndrome après l'intervention, puis réapparition progressive de :

- . régurgitations liquides,
- . renvois
- . douleurs épigastriques qui augmentent dans la position penchée en avant ou le decubitus dorsal.

RADIOGRAPHIE du 11.12.62 : Récidive d'une petite hernie hiatale par glissement.

OBSERVATION N° 3

Mme P... 59 ans

Adressée le 5.9.55 par le Professeur GEFFROY pour cure de hernie hiatale.

Depuis de nombreuses années en effet, cette malade ressent des brûlures rétro-sternales à point de départ épigastrique et remontant jusque dans la gorge; elle vomit lorsqu'elle se penche en avant.

Quelques semaines avant son hospitalisation, enfin, hématemèse importante.

Les radiographies du 22.7.55 montrant une hernie hiatale par glissement, l'intervention est décidée.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 16.9.55

"Hernie diaphragmatique dans l'hiatus oesophagien. Abord par résection de la 9e côte gauche. Incision partielle du diaphragme Suture de l'orifice à la soie. Fixation de la grande tubérosité

à la face abdominale du diaphragme. Fermeture plan par plan au catgut. Agrafes."

SUITES OPERATOIRES : Phlébite le 30e jour

La malade sort le 1.10.55.

LE 30.11.62 : On retrouve l'existence de brûlures rétro-sternales non provoquées par une position quelconque et irradiant vers la gorge. N'a jamais resaigné. Pas de gêne à l'éruption.

RADIOGRAPHIE du 21.12.62 : récurrence d'une petite hernie hiatale par glissement.

OBSERVATION N° 4

M. J... 61 ans

Entré dans le Service le 25.10.56 pour hernie diaphragmatique de la totalité de l'estomac avec participation du colon. Cette hernie fut découverte par hasard à l'occasion d'un cliché pulmonaire (12.10.56) chez ce bronchorrhéique chronique.

Seul un amaigrissement doit être noté chez ce patient porteur d'une hernie cliniquement muette.

En outre, phlébite de la jambe droite en 1954, compliquée d'ulcère depuis 2 mois et dont le rapport avec la hernie paraît probable.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 8.11.56

"Abord abdomino-thoracique après résection de la 9e côte gauche. La hernie se fait par l'orifice oesophagien. Section du péritoine. Fermeture de l'orifice à la soie. Fixation de la grosse tubérosité gastrique à la face inférieure du diaphragme. Drain thoracique."

SUITES OPERATOIRES : Complication pulmonaire avec encombrement le 15e jour.

Le malade quitte le service le 2.1.57.

Le 15.2.57 Nouvelle hospitalisation pour cure d'événement à la partie inférieure de la cicatrice de thoracotomie. Les radiographies du 25.3.57 montrent une récurrence certaine, mais

la hernie hiatale est moins importante.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 7.2.57

" 1) Eventration de la partie inférieure de la cicatrice de thoracotomie à laquelle adhère intimement une anse grêle. Fermeture à la soie.

2) Médiane sus-ombilicale. Libération de l'anse. Fermeture de l'orifice diaphragmatique par trois points unissant les piliers du diaphragme. Fixation de l'extomac à la face inférieure du diaphragme."

SUITES OPERATOIRES : Ictère sans douleur ni fièvre, ni frisson ni prurit.

Le malade sort le 27.4.57.

Décès en 1961 : cause inconnue.

OBSERVATION N° 5

M. M... 48 ans

Entre le 5.11.56 pour hématomèse de sang noirâtre chez un sujet bacillaire présentant une dyspepsie atypique sans reflux gastro-oesophagien mais avec brûlures intermittentes de l'oesophage à la déglutition. On note une anémie à 2.950.000

Les radiographies du 20.11.56 montrent une grosse hernie hiatale par glissement (mandarine).

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Dr RENAULT le 1.12.56

"Syndrome de hernie hiatale chez un malade ayant présenté plusieurs hématomèses importantes. Dès l'ouverture du péritoine on constate qu'il existe une certaine dilatation veineuse dans le domaine des gastro-épiploïques D et G soulevant l'hypothèse d'une hypertension portale associée à la hernie hiatale. On pratique alors une spléno-portographie par la rate car le catéthérisme des petits vaisseaux dilatés avec des tubes de polythène entraîne à chaque fois l'éclatement de ceux-ci. La radiographie ne montre pas de lésion d'hypertension portale gauche et dans ces conditions, on pratique la cure de la

hernie hiatale associant :

- 1) la fermeture de l'hiatus en réunissant les piliers à la soie n°2 en avant de l'oesophage;
- 2) une suture de la musculature oesophagienne au pourtour de l'hiatus ainsi rétréci au lin 0;
- 3) une fermeture de l'angle de His.
- 4) Une fixation de la grosse tubérosité à la face inférieure du diaphragme.

Fermeture en 3 plans au Nyloncé. Drainage au contact de la loge splénique."

SUITES OPERATOIRES : normales.

Les radiographies du 18.12.56 ne montrent rien d'anormal et le malade sort le 20.12.56.

Le 7.12.62 : Persistance de troubles dyspeptiques. Pas de nouvel accident hémorragique depuis l'intervention.

OBSERVATION N° 6

M. B... 41 ans

Admis dans le Service le 22.11.56 à la suite de 2 hématomésos ayant entraîné une anémie à 2.970.000.

Aucun signe particulier, notamment ni syndrome de reflux ni douleurs. Il s'agit d'un éthylique, chez lequel on demande donc un bilan radiologique qui montre :

- . une discrète hyperkinésie oesophagienne.
- . une hernie hiatale par glissement, de volume modéré.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Dr BOUTRY le 12.12.56

"Petite hernie hiatale. Médiane sus-ombilicale.

- 1) Cure de la hernie par suture des piliers en arrière de l'oesophage (deux soies) et un point pre-oesophagien.
 - 2) Fixation de l'oesophage au pourtour de l'orifice (lin).
 - 3) Fermeture de l'angle de His.
 - 4) Gastropexie de la calotte tubérositaire au diaphragme.
- Paroi 3 plans sans drainage."

SUITES OPERATOIRES : normales

LE 16.11.62 : guérison totale.

RADIOGRAPHIE du 7.12.62 : Pas de récurrence ni de reflux.

OBSERVATION N° 7

M. G... 55 ans

Malade admis dans le Service pour troubles dysphagiques Opéré d'un mégaoesophage 4 ans plus tôt, il ne présentait plus aucun trouble, lorsqu'il y a 2 mois environ, est apparue une dysphagie basse. Il faut noter l'existence de quelques régurgitations aqueuses dans le decubitus dorsal, après les repas ; aucun accident hémorragique, pas d'anémie.

Les radiographies révèlent une importante hernie hiatale par glissement qui légitime l'intervention.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 24.1.57

"Hernie hiatale survenue 4 ans après opération de Heller ayant donné un très bon résultat. Abord abdomino-thoracique. Résection de la 8ème côte gauche. Libération de nombreuses adhérences pulmonaire. Réduction de la hernie. Fixation du sac à la face inférieure du diaphragme. Fermeture de l'orifice par 3 soies. Drain thoracique. Fermeture plan par plan au catgut."

SUITES OPERATOIRES : abcès de paroi, hemo-pneumothorax gauche.

Le 16.11.62 : Le malade signale la persistance d'une dysphagie basse passagère.

RADIOGRAPHIES du 29.11.62 : récurrence.

OBSERVATION N° 8

Mme B... 64 ans

La malade est adressée dans le Service le 4.11.57 pour troubles dyspeptiques et respiratoires.

Le début des troubles remonte à 1952 : éructations acides accompagnées de brûlures épigastriques; ces symptômes se sont lentement accentués, tandis qu'apparaissait une dyspnée

d'effort accompagnée de tachycardie. Depuis 1955, il faut noter l'existence d'un melaena intermittent.

Des radiographies pratiquées le 25.11.55 montrent alors une importante hernie hiatale pour laquelle est tenté un traitement médical qui échoue. Un an après, de nouvelles radiographies sont demandées : devant l'importance de la hernie para-oesophagienne responsable d'un syndrome clinique intense, la malade est adressée dans le Service où l'intervention est pratiquée.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 12.2.57

"Volumineuse hernie hiatale. Abord abdomino-thoracique par résection de la 9e côte gauche. Libération facile de l'orifice. Fixation du pourtour du sac à la face endo-abdominale du diaphragme par 3 fils de lin. Fermeture endothoracique de l'orifice à la soie. Fermeture pariétale au catgut. Crins. Agrafes. Drain déclive."

SUITES OPERATOIRES : normales

Le 28.11.60, la malade revient en consultation pour douleurs épigastriques. Les radiographiées alors demandées montrèrent une réapparition de la hernie hiatale mais beaucoup moins volumineuse et elle fut de nouveau hospitalisée le 1.2.61. On notait alors :

- . régurgitations acides dans la position penchée en avant,
- . douleurs épigastriques sans périodicité nette,
- . douleurs retro-sternales à prédominance nocturne,
- . discrète dyspnée d'effort,
- . pas de melaena.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 16.2.61

"Incision médiane sus-ombilicale. On constate que la grosse tubérosité gastrique est bien restée fixée à la coupole diaphragmatique et cette situation n'a pas empêché la récurrence de la hernie hiatale. Enfouissement de l'oesophage dans la grosse tubérosité selon la technique de NISSEN aux points séparés. Soies. Agrafes."

SUITES OPERATOIRES : Légère dysphagie dans les premiers jours. Le Contrôle radiologique étant satisfaisant, la malade est sortie le 8.3.61.

Le 8.2.62 Les radiographies ne montrent pas de récurrence de hernie hiatale.

Le 23.11.62 : réapparition de quelques douleurs dorsales depuis un mois environ, à type de pincement.

RADIOGRAPHIE du 15.12.62 : pas de récurrence ni de reflux.

OBSERVATION N° 9

M. B... 46 ans

Admis le 16.9.57 pour douleurs de l'hypocondre gauche et brûlures épigastriques.

Les premiers troubles sont apparus 3 ans après un traumatisme de la base de l'hémithorax gauche (coup de pelle). Depuis Décembre 1956, en effet on note :

- douleurs à type de torsion dans l'hypocondre gauche, à irradiations ascendantes; ces douleurs intenses, continues sont exagérées par la position penchée en avant;

- douleurs épigastriques, post-prandiales, à type de brûlures et associées à

- . un pyrosis,
- . quelques vomissements aqueux à jeun,
- . jamais d'accident hémorragique,
- . amaigrissement de 5 Kgs.

échec du traitement médical.

Les radiographies montrant la présence d'une petite hernie hiatale par glissement, l'intervention est décidée.

COMPTE-RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 28.9.57

"Hernie hiatale. Abord abdominal. Suture rétro-oesophagienne des piliers à la soie. Suture oesophago-gastrique au lin fermant l'angle de His. Crins. Agrafes."

Ce malade n'a pas été revu récemment.

Admis dans le Service le 8.11.57 pour hernie hiatale par glissement survenue après gastrectomie des 2/3 (Finsterer) pratiquée le 17.8.57 pour ulcère pylorique. Le malade se plaint de :

- douleurs épigastriques et rétrosternales basses, transfixiantes durant 3/4 d'heure, après certains repas seulement,
- accompagnées de pyrosis,
- mais sans aucun vomissement.

Les radiographies du 27.11.57 montrent une hernie hiatale par glissement avec reflux.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Dr BOUTRY le 14.12.57

"Hernie hiatale après gastrectomie. Médiane sus-ombilicale. Hernie hiatale indiscutable. Dissection des piliers droit et gauche. Suture de ceux-ci à la soie derrière l'oesophage. Fermeture de l'angle de His au lin. Paroi en 2 plans."

SUITES OPERATOIRES : normales

Le 6.1.58, les radiographies montrent : un moignon de gastrectomie normal, absence de hernie hiatale et de reflux gastro-oesophagien.

Ce malade n'a pas répondu au questionnaire qui lui avait été adressé.

Admise le 18.1.58 sur les conseils du Professeur GEFFROY pour hernie hiatale. La malade se plaint surtout de :

- brûlures rétro-sternales, à début épigastrique, particulièrement déclenchées par la position penchée en avant, mais survenant aussi la nuit. Elles n'ont aucun caractère de périodicité.
- jamais de vomissements, ni de nausée; pas de hoquet.
- discrète dysphagie basse,
- dyspnée de decubitus.

Les radiographies du 16.12.57 montrant une grosse hernie hiatale par glissement, (mandarine), l'intervention est décidée.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 25.1.58

"Hernie hiatale. Abord abdomino-thoracique. Fixation du pourtour du faux sac à la face abdominale du diaphragme. Fermeture de l'orifice par voie thoracique. Fixation de la grosse tubérosité gastrique. Fermeture plan par plan au catgut. Drain thoracique. Crins et agrafes."

SUITES OPERATOIRES : normales

Les radiographies de contrôle du 8.2.58 sont satisfaisantes.

Le 7.12.62 : guérison clinique complète. Examen négatif.

RADIOGRAPHIE du 3.1.63 : pas de récurrence.

OBSERVATION N° 12

M. L... 46 ans

Adressé dans le Service le 27.1.58 pour syndrome dyspeptique. Depuis 12 ans, le malade souffre de douleurs retro-sternales à type de brûlures et de torsion, survenant surtout lors de la position penchée en avant et parfois accompagnées de régurgitations; on note l'existence de rares vomissements parfois teintés de sang. Enfin, discrète dyspnée d'effort.

Les radiographies permettent de rattacher ce syndrome de reflux oesophagien à une importante hernie hiatale par glissement, et l'intervention est décidée.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 4.2.58

"Hernie hiatale. Abord abdominal. Fermeture de l'orifice par 3 points de soie unissant les piliers sous l'oesophage. Fermeture de l'angle de His par 4 points au fil de lin. Crins. Agrafes."

SUITES OPERATOIRES : normales

Novembre 1962 : guérison clinique.

OBSERVATION N° 13

M. L... 43 ans

Adressé dans le Service le 19.5.58 pour gastralgies et melaena. Il s'agit d'une histoire ancienne, les premiers symptômes ayant en effet débuté en 1944. Le malade se plaint de douleurs mal définies irradiant vers le sternum, accompagnées de régurgitations liquidiennes, surtout nocturnes. Ces douleurs sont d'évolution relativement périodique et le malade a eu deux melaena après effort avec douleurs épigastriques en 1955 et 1958. La négativité de la radiographie de l'estomac et de la gastroscopie fait suspecter l'existence d'une hernie hiatale et l'intervention est décidée.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 5.6.58

"Médiane sus-ombilicale. Exploration de l'estomac. Aucune lésion pyloro-bulbaire. Petit ulcère cicatriciel de la face postérieure de l'estomac près de la petite courbure, union 1/3 supérieur, 1/3 moyen.

Hernie hiatale : fermeture retro-oesophagienne de l'orifice à la soie. Fermeture de l'angle de His par 3 fils de lin."

SUITES OPERATOIRES : normales

Le 9.10.58 : la réapparition d'un syndrome douloureux épigastrique fait pratiquer des radiographies : ulcère de la partie haute de la petite courbure. Traitement médical.

Le 23.11.62 : le syndrome postural a presque disparu. On note

- . des régurgitations liquides la nuit,
- . des douleurs épigastriques à type de brûlures,
- . ballonnement post-prandial,
- . fringales douloureuses.

RADIOGRAPHIE du 10.12.62 : L'ulcère n'est plus visible. Pas de récédive de hernie hiatale, ni de reflux.

OBSERVATION N° 14

Mme P... 67 ans

Admise dans le Service le 10.5.58 pour hématomèse. On note une anémie à 2.900.000 associée à quelques douleurs épigastriques, mais aucun symptôme évocateur de hernie hiatale. Après réanimation, les radiographies montrent le 3.6.58, une petite hernie hiatale par glissement, des varices oesophagiennes

On note dans les antécédents, une hématomèse survenue 10 ans auparavant.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 12.6.58

"Hernie hiatale. Fermeture retro-oesophagienne par 3 points de soie. Fermeture de l'angle de His par 4 points de lin. Agrafes."

SUITES OPERATOIRES : normales

Les radiographies du 26.6.58 ne montrent plus de hernie hiatale. La malade sort le 28.6.58.

N'a pas été revue récemment.

OBSERVATION N° 15

Mme Q... 49 ans

Admise dans le Service le 16.7.58 pour syndrome douloureux épigastrique post-prandial et crises douloureuses dorsales à irradiations ascendantes, interscapulaires, survenant à n'importe quel moment de la journée. Les crises de hoquet sont très fréquentes et devant l'accentuation de ce syndrome on demande un bilan radiologique. Les radiographies montrent une petite hernie hiatale par glissement et une lithiase vésiculaire.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 19.6.58

"1) Hernie hiatale. Fermeture rétro-oesophagienne de l'orifice par suture des piliers à la soie (3); fermeture de l'angle de His au lin (3).

2) Lithiase vésiculaire : cholecystectomie rétrograde. Drain cellophane. Paroi en 3 plans. Crins et agrafes."

SUITES OPERATOIRES :

- volumineux hématome de l'hypocondre droit qui dut être incisé et drainé;

- abcès du Douglas.

Le 16.11.62 : Les douleurs dorsales qui survenaient par crises atroces et irradiaient en haut, ont totalement disparu mais on retrouve encore quelques régurgitations avec vomissements surtout dans l'anteflexion.

RADIOGRAPHIES du 4.12.62 : reflux gastro-oesophagien avec petite hernie hiatale récidivée.

OBSERVATION N° 16

Mme P... 61 ans

Cette malade entre dans le Service le 2.7.58 à la suite d'accidents hémorragiques : plusieurs melaena non vérifiés; elle présente une anémie hypochrome avec discrète éosinophilie mais aucun signe clinique ne permet d'orienter le bilan étiologique. Après plusieurs séries de radios, négatives, les clichés du 14.8.58 objectivent une petite hernie hiatale par glissement, sans reflux oesophagien. Devant la négativité du reste du bilan digestif, on décide d'intervenir.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Dr RENAULT le 23.8.58

"Cure de hernie hiatale par voie abdominale. Dimension 2 doigts
Cure au fil de lin par suture pre-oesophagienne des piliers de l'orifice. Suture de l'oesophage au pourtour. Fermeture de l'angle de His. Crins. Agrafes."

SUITES OPERATOIRES : normales

Le 8.3.60 : nouvelle hospitalisation pour sub-occlusion.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 5.4.60

"Médiane sous-ombilicale : carcinose pelvienne généralisée à point de départ ovarien droit. Fermeture après biopsie péritonéale."

Il s'agissait d'une métastase secondaire à un épithélioma ovarien droit de type germinatif, radiosensible. Radiothérapie.

OBSERVATION N° 17

Mme L... 73 ans

Admise dans le Service le 16.9.58 car elle présente depuis de très nombreuses années un syndrome de posture avec pyrosis, hoquet et anémie. Il existe de plus une oesophagite et une microlithiase vésiculaire; les radiographies montrent une petite hernie hiatale par glissement. L'intervention est demandée car le traitement médical a été un échec complet.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 5.9.58

"1) Médiante sus-ombilicale. Fermeture retro-oesophagienne de l'orifice par suture des piliers à la soie (3 points). Fermeture de l'angle de His par 3 points au lin.
2) Cholecystectomie rétrograde pour lithiase. Péritonisation du lit hépatique. Un drain cigarette. Paroi aux crins. Agrafes."
SUITES OPERATOIRES : Sub-occlusion qui cède sous traitement médical.

- désunion superficielle
- petit abcès de paroi.

Le 16.11.62, la malade signale une sédation des troubles pendant deux ans, puis réapparition de :

- ballonnement douloureux,
- brûlures épigastriques
- régurgitations liquides
- pyrosis

favorisés par le decubitus dorsal.

A l'examen, on note une éventration.

RADIOGRAPHIE du 5.12.62 : petite récidive.

OBSERVATION N° 18

M. A... 58 ans

Entre dans le Service le 7.11.58 venant d'un hôpital périphérique, parce qu'après gastrectomie il présente à nouveau des troubles digestifs après une amélioration de 7 mois.

Depuis 3 mois, survenue de douleurs crampôides, immédiatement post-prandiales; de plus depuis trois semaines, .

vomissements alimentaires, régurgitations accompagnées d'éruptions ceci une demi-heure environ après les repas, enfin, reflux alimentaire net à l'antéflexion.

Les radiographies du 12.11.58 montrent un très bon transit gastro-jéjunal avec un petit reflux dans l'anse afférente accentuation du relief muqueux du moignon gastrique; absence de lésion ulcéreuse. Par contre, net engagement à travers l'orifice hiatal de la partie haute du moignon gastrique avec hernie hiatale.

On envisage une intervention pour cure de la hernie hiatale

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 18.11.58

"Hernie hiatale chez un gastrectomisé. Moignon gastrique un peu long mais bouche satisfaisante. Fermeture de l'hiatus par 3 points de soie derrière l'oesophage. Fermeture de l'angle de His par 4 points de lin. Crins. Agrafes."

SUITES OPERATOIRES : normales

Novembre 1962 : Pas de douleurs mais vomissements précoces après l'ingestion d'aliments; régurgitations, ballonnement post-prandial

RADIOGRAPHIES du 14.11.62 : pas de récurrence de hernie hiatale.

OBSERVATION N° 19

Sr P...

Chez cette malade entrée le 12.11.58 et qui présente depuis plusieurs années une anémie hypochrome rebelle à toute thérapeutique, sont apparus depuis quelques mois :

- des douleurs épigastriques à irradiation ascendante,
- des vomissements,
- des régurgitations, avec accentuation posturale,
- une dysphagie basse,
- un amaigrissement.

Ces signes font pratiquer une radiographie d'estomac qui montre une petite hernie hiatale par glissement.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 20.9.58

"Hernie hiatale. Fermeture de l'orifice oesophagien par 4 soies unissant les piliers derrière l'oesophage. Fermeture de l'angle de His par 4 points de lin. Soies. Agrafes"

SUITES OPERATOIRES : dysphagie

Les radiographies de contrôle du 4.12.58 sont satisfaisantes

Le 30.11.62 : Le syndrome persiste inchangé; il semble même que l'accentuation posturale soit plus nette. Pas de contrôle radiologique.

OBSERVATION N° 20

Sr M.T...

Entre dans le Service le 12.1.59 envoyée par le Professeur GIEFFROY pour petite hernie hiatale. Les troubles fonctionnels ont commencé 19 mois plus tôt par des douleurs épigastriques fugaces, le soir au coucher; depuis 1 an, accentuation des douleurs et apparition d'un syndrome de reflux exagéré lors de la position penchée en avant.

Les radiographies montrent une petite hernie hiatale par glissement avec reflux.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 17.1.59

"Malade opérée à plusieurs reprises; syndrome de reflux discret assez particulier.

Médiane sus-ombilicale. Abord de l'orifice oesophagien. Fermeture rétro-oesophagienne des piliers par 4 soies. Fermeture de l'angle de His par 3 points de fils de lin. Paroi sans drainage."

SUITES OPERATOIRES : abcès de paroi

Le 30.11.62 : Amélioration mais persistance de douleurs épigastriques dans la position penchée en avant; en outre, ballonnement post-prandial et renvois alimentaires. Pas de contrôle radiologique.

OBSERVATION N° 21

Sr A...

Entre dans le Service le 16.2.59 pour troubles digestifs. En fait, s'il existe des douleurs épigastriques survenant environ 1/4 d'heure après les repas, à type d'endolorissement, de pesanteur, mais sans aucune irradiation, ce sont des :

- accidents hémorragiques qui dominent le tableau clinique: hématomèse et melaena en 1954 qui font pratiquer une gastroscopie avec biopsie : gastrite interstitielle subaiguë.

- nouveau melaena important, début janvier avec anémie à 2.900.000.

Les radiographies du 6.2.59 montrent l'existence d'une petite hernie hiatale par glissement avec important reflux. L'intervention est pratiquée le 19.2.59

SUITES OPERATOIRES : normales

Cette malade n'a pas été revue récemment.

OBSERVATION N° 22

Mme D... 34 ans

Admise dans le Service le 4.3.59 parce que quelques semaines après une cholecystectomie (30.1.58) est apparu un syndrome douloureux épigastrique avec irradiations thoraciques et dorsales; ces douleurs à type de brûlures sont progressivement devenues de plus en plus fréquentes et rebelles à tout traitement médical; elles surviennent même en decubitus dorsal, et s'accompagnent de quelques régurgitations. La suspicion de hernie hiatale est confirmée par la radiographie et l'intervention décidée.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 17.3.59

"Médiane sus-ombilicale. Libération des adhérences. Fermeture par des soies de l'hiatus oesophagien. Fermeture de l'angle de His. Paroi aux crins."

SUITES OPERATOIRES : normales

RADIOGRAPHIE du 13.11.62 : morphologie et relief normaux.

Sur certains clichés on voit une hernie hiatale par glissement récidivée avec reflux. Aucune lésion pariétale oesophagienne, gastro-duodénale.

Le 23.11.62, la malade présente des troubles fonctionnels en rapport avec la hernie récidivée. On conseille un traitement médical devant l'échec de la cure de la hernie hiatale.

OBSERVATION N° 23

Mme Q... 61 ans

Cette malade qui avait subi une cholecystectomie le 6.4.58 entre à nouveau dans le Service pour tendance nauséuse avec parfois vomissements associés à un amaigrissement de 3 kgs en 3 mois. L'examen clinique est entièrement négatif, mais les radiographies d'estomac pratiquées le 24.3.59 montrent une petite hernie hiatale par glissement avec reflux important.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 3.4.59

"Médiane sus-ombilicale. Pilier gauche très aplasique. Fermeture postérieure de l'hiatus par 2 soies. Fermeture de l'angle oesophago-cardio-tubérositaire par 3 points au lin.

SUITES OPERATOIRES : NORMALES

Cette malade n'a pas été revue récemment.

OBSERVATION N° 24

Mme Y... 62 ans

Entre dans le Service le 1.4.59 pour cure d'une volumineuse hernie hiatale découverte lors d'une cholecystectomie pratiquée le 13.6.58.

Aucun signe fonctionnel n'est retrouvé chez cette malade et l'on ne peut pas y rattacher avec certitude quelques rectorragies étant donné l'existence d'un polype du canal anal.

Jamais de phlébite. Anémie à 3.650.000.

Indication opératoire : la cure de la hernie hiatale n'a pas été pratiquée lors de la cholecystectomie étant donné son importance. Les radiographies du 27.6.58 ont permis de mieux l'objectiver.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Dr CAMUS le 7.4.59

"Médiane sus-ombilicale. Libération de nombreuses adhérences dans l'étage sus-mésocolique. Il existe une volumineuse hernie hiatale : 4 points à la soie n°2, sur les piliers qui sont de bonne qualité. Fermeture de l'angle de His au lin. Cure d'une petite éventration sus-ombilicale. Paroi aux crins doubles."

SUITES OPERATOIRES : normales

Le 7.12.62 : aucun trouble fonctionnel

RADIOGRAPHIE du 7.1.63 : récurrence d'une importante hernie hiatale.

OBSERVATION N° 25

M. H... 37 ans

Ce malade, ancien bacillaire, entre dans le Service le 6.1.59 pour syndrome douloureux épigastrique. Il s'agit de troubles douloureux de type gastritique avec reflux oesophagien non alimentaire et parfois des vomissements sanglants.

Les radiographies révèlent l'existence d'une petite hernie hiatale par glissement avec reflux oesophagien. L'intervention décidée n'est pratiquée que le 6.5.59 pour des raisons personnelles.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 6.5.59

"Hernie hiatale. Suture rétro-oesophagienne des piliers par 3 soies. Fermeture de l'angle de His par 4 points de fils de lin. Crins. Agrafes."

SUITES OPERATOIRES : normales

Juin 1962 : La survenue d'un syndrome douloureux ulcéreux fait découvrir un ulcère de la petite courbure verticale.

Le 23.11.62 : disparition totale du reflux, des hémorragies et du syndrome ulcéreux.

RADIOGRAPHIE du 21.11.62 : pas de récurrence de hernie hiatale.

OBSERVATION N° 26

Mme B... 60 ans

Entre dans le Service le 23.6.59 pour hématomèse révélatrice d'une hernie hiatale. Depuis des années, existait un discret syndrome de reflux exagéré lors de la position penchée en avant et associé à une sensation de digestion lente, mais la malade ne s'en était jamais inquiétée jusqu'à cet accident hémorragique qui motiva l'enquête radiologique : importante hernie hiatale par glissement.

On notait une anémie à 3.100.000 lors de son entrée,

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Dr RENAULT le 11.7.59

"Cure de hernie hiatale par 3 fils de soie rétro-œsophagiens
Fermeture de l'angle de His au lin 000. Sonde gastrique."

SUITES OPERATOIRES : normales

Le 9.11.62, la malade signale être gênée par des douleurs épigastriques à type de pesanteur lorsqu'elle se penche en avant : ces douleurs l'obligent à se relever rapidement. On note en outre, une éventration.

RADIOGRAPHIES du 23.11.62 : Réapparition d'une petite hernie hiatale par glissement avec reflux discret.

OBSERVATION N° 27

Mme L... 59 ans

Il s'agit d'une malade transférée d'un Service de Médecine. Cette malade qui a déjà subi plusieurs interventions dans le Service :

- une cholecystectomie en Janvier 1953,
- une cure de prolapsus en mai 1954,
- une cure de fistule recto-vaginale en Juillet 1954,

se plaint de douleurs épigastriques depuis 1956. Progressivement sont apparus :

- . des régurgitations accentuées dans la position penchée en avant,
- . quelques vomissements,
- . une dysphagie basse,
- . enfin, une hématemèse la veille de l'hospitalisation, avec anémie à 3.700.000.

Les radiographies montrent une hernie hiatale par glissement avec reflux oesophagien net. L'intervention est alors décidée.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 22.8.59

"Médiane sus-ombilicale. Nombreuses adhérences dues aux interventions antérieures. Piliers d'assez bonne qualité, surtout à droite. Ligature postérieure à la soie. Fermeture de l'angle oesophago-cardio-tubérositaire au lin. Un petit drain car les zones de décollement des adhérences sont assez hémorragiques. Crins. Agrafes."

SUITES OPERATOIRES : normales

Les radiographies du 2.9.59 ne montrent plus de reflux.

En Novembre 1960, nouvelle hospitalisation pour hématemèse à répétition. Les radiographies montrent une niche encastrée de la petite courbure verticale, on décide la laparotomie exploratrice qui est négative. Biopsie hépatique : cirrhose periloculaire en cours de constitution.

Malade décédée en Juillet 1962 : cause inconnue.

OBSERVATION n° 28

Mme M... 64 ans

Admise dans le Service le 11.12.59 pour troubles digestifs bâtarde :

- . pyrosis,
- . dysphagie de déglutition.
- . régurgitations sans reflux alimentaire,
- . sans vomissements importants.

Il semble que ces symptômes soient accentués lors de l'anteflexion du tronc.

Les radiographies du 17.12.59 montrent une importante hernie hiatale par glissement, l'intervention est décidée :

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 7.5.60

"Médiane sus-ombilicale. Fermeture rétro-oesophagienne par 3 soies
Fermeture de l'angle de His par 4 points de lin. Crins."

SUITES OPERATOIRES : prurit tenace.

Le 30.11.62 : guérison clinique. Augmentation de poids, hépatomégalie.

RADIOGRAPHIE du 20.12.62 : récurrence d'une hernie hiatale mixte de la taille d'une grosse mandarine.

OBSERVATION N° 29

M. P... 50 ans

Admis dans le Service le 14.3.60 pour syndrome digestif. Depuis de nombreuses années (10 ans environ) le malade se plaint de pesanteurs rétro-sternales hautes, avec des douleurs fugaces et quelques vomissements. On ne note ni douleurs épigastriques à irradiations ascendantes, ni syndrome postural.

Les radiographies objectivent l'existence d'une petite hernie hiatale par glissement qui motive l'intervention.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 19.3.60

" Médiane sus-ombilicale. Abord de l'hiatus oesophagien.
Suture rétro-oesophagienne des piliers à la soie. Fermeture de l'angle de His par 3 points de lin."

SUITES OPERATOIRES : normales

Le 22.1.62 Nouvelle hospitalisation pour un syndrome dysphagique identique avec vomissements. Le bilan clinique et radiologique (estomac - oesophage - voies biliaires) ne montre qu'un discret reflux oesophagien. Etant donné le terrain particulier de ce malade, anxieux et névrosé, on prescrit un traitement médical.

Le 30.11.62, le malade est asthénique, la symptomatologie présentée ce jour est identique à celle qui a motivé l'opération et la seconde hospitalisation en Janvier 1962 :

- vomissements,
- spasme oesophagien haut,
- douleurs rétro-sternales hautes surtout nocturnes.

CONCLUSION : Troubles dyspeptiques en rapport surtout avec des troubles psychiques.

RADIOGRAPHIE du 19.12.62 : pas de récurrence.

OBSERVATION N° 30

M. M... 60 ans

Entre le 11.5.60 pour melaena. Cet éthylique présenterait d'autre part, un ulcère duodénal depuis 1956 traité médicalement. Lors de son hospitalisation, il accuse une anémie de moyenne gravité et le bilan radiologique pratiqué après quelques jours de traitement médical montre :

- d'une part une importante hernie hiatale par glissement et une oesophagite basse,
- d'autre part un bulbe suspect.

L'étiologie du melaena ne pouvant pas être affirmée avec certitude - hernie hiatale - oesophagite ou ulcus- on demande une intervention.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Dr BOULET le 18.5.60

"Médiane sus-ombilicale. L'exploration montre une cicatrice blanche sur le versant duodénal du pylore avec 2 brides épiploïques. Cette cicatrice est souple et mince. Cure de la hernie, qui admet 2 doigts, par myorraphie des piliers à la soie. Fermeture de l'angle de His par 4 points au lin. Drainage de Redon. Paroi aux crins. Agrafes."

SUITES OPERATOIRES : hématome de paroi.

Le 9.11.62 : Guérison clinique. Aucun incident hémorragique depuis l'intervention.

RADIOGRAPHIE du 22.11.62 : pas de récurrence ni de reflux.

OBSERVATION N° 31

Mme T... 64 ans

Cette malade qui entre le 11.5.60 dans le Service présente depuis près de 3 ans des brûlures épigastriques post-prandiales à prédominance vespérale et lors du decubitus ; aucun signe de reflux; pas d'accident hémorragique. Hypertension

La persistance de ces douleurs malgré un traitement symptomatique fait pratiquer des radiographies d'estomac le 14.5.60 : elles montrent une petite hernie hiatale par glissement

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Dr BOULET le 9.6.60

"Médiane sus-ombilicale. Hernie par glissement de petite taille admettant 2 doigts. Myorraphie rétro-oesophagienne des piliers. Fermeture aux points séparés de lin de l'angle de His. Crins."

SUITES OPERATOIRES : La malade est décédée subitement le 12e jour d'une embolie pulmonaire massive.

OBSERVATION N° 32

Mme C... 55 ans

Malade admise dans le Service le 4.7.60 pour hernie hiatale. Son histoire clinique est très ancienne : vers l'âge de 16 ans, sont apparues des douleurs à type de brûlures dans le creux épigastrique sans rythmicité, ni périodicité.

Depuis 1945, les brûlures surviennent à n'importe quel moment de la journée et de la nuit; c'est vers cette époque que sont apparues des régurgitations acides de plus en plus fréquentes.

Lors de son hospitalisation, elle présente des brûlures intenses au niveau du creux épigastriques, quotidiennes; des vomissements aqueux le plus souvent, mais parfois acides survenant à n'importe quel moment de la journée, des régurgitations acides. Discrète dyspnée d'effort.

Les radiographies gastriques du 18.6.60 révèlent l'existence d'une importante hernie hiatale par glissement avec reflux pour laquelle une intervention est décidée :

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Dr BOULET le 6.7.60

"Hernie hiatale. Médiane sus-ombilicale. Libération du lobe gauche du foie. Dissection des piliers et suture rétro-oesophagienne par 3 fils de soie. Fermeture de l'angle de His aux points séparés de lin. Paroi en 2 plans. Crins sur la peau."

SUITES OPERATOIRES : phlébite bilatérale.

Le syndrome oesophagien réapparaît six semaines plus tard et les radiographies du 30.9.60 confirment la récurrence; devant l'échec du traitement médical de 2 mois, une nouvelle intervention est envisagée :

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 17.1.61

"Récurrence de hernie hiatale opérée selon la technique habituelle. Libération oesophagienne, enfouissement de l'oesophage à l'intérieur de la grosse tubérosité aux points séparés de fil de lin selon la technique de NISSEN."

SUITES OPERATOIRES : dysphagie qui a rapidement régressé et le contrôle radiologique du 28.1.61 était excellent.

Le 2.11.62 : persistance du syndrome, mais atténué. La malade se plaint surtout de :

- brûlures rétro-sternales,
- ballonnement post-prandial douloureux,
- régurgitations alimentaires avec accentuation posturale,
- douleurs irradiant dans le dos.

RADIOGRAPHIES du 16.11.62 : récurrence d'une petite hernie hiatale par glissement avec reflux.

OBSERVATION N° 33

M. D... 52 ans

Admis dans le Service le 13.7.60 pour hernie hiatale par glissement et ulcère de la petite courbure verticale. Une hématoméso en a été révélatrice en Avril 1959; nouvelle hématoméso en Avril 1960. A l'entrée, on note l'existence d'un syndrome douloureux épigastrique post-prandial tardif; les douleurs à type de torsion sont accompagnées par un reflux gastro-oesophagien

Dans l'impossibilité de préciser si l'hémorragie vient de l'ulcère ou de la hernie, étant donné l'insuffisance de durée du traitement médical de l'ulcère, étant donné la gravité d'une gastrectomie chez un éthylique, on n'envisage que la cure de la hernie hiatale, dont les radiographies avaient montré l'importance.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Dr DAVY le 27.7.60

"Laparotomie médiane sus-ombilicale avec résection de l'appendice xyphoïde. Présence d'une petite hernie de la ligne blanche. L'abord de la région hiatale est rendu très difficile par la profondeur et par l'infiltration graisseuse de l'ensemble des mésos. On isole l'oesophage et on trouve un orifice hiatal qui admet 4 doigts. On arrive à repérer dans la graisse les piliers du diaphragme, le gauche est de très mauvaise qualité, le droit à peu près satisfaisant. Solidarisation des 2 piliers à la soie; l'orifice hiatal admet alors en plus de l'oesophage juste 1 doigt Fermeture de l'angle de His au lin : 4 points. Pas d'ulcère trouvé à la palpation."

SUITES OPERATOIRES : petit hématome de paroi.

Le 16.11.62 : persistance de douleurs épigastriques post-prandiales à type de brûlures ou de crampes sans rythmicité et souvent associées à un ballonnement à prédominance nocturne. Les douleurs sont épigastriques et rétro-sternales; pituites matinales; disparition des hémorragies.

RADIOGRAPHIE du 28.11.62 : pas de récédive ni de reflux.

OBSERVATION N° 34

Sr B... 56 ans

Cette malade traitée depuis 2 ans par le Pr GEFROY pour anémie hypochrome et ferriprive, est adressée dans le Service le 23.11.60 pour cure de hernie hiatale et cholecystectomie.

La symptomatologie fonctionnelle est très discrète :

- douleurs sourdes au niveau du creux épigastrique sans accentuation posturale,
- crises de coliques biliaires depuis quelques mois,
- pas de melaena,

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 1.12.60

"Médiane sus-ombilicale.

- 1) Cure de la hernie hiatale par le procédé de NISSEN (enfouissement du cardia dans la grosse tubérosité gastrique).
- 2) Cholecystectomie rétrograde.
- 3) Radiomanométrie par le cystique : pression de passage à 8, images normales.
- 4) Biopsie hépatique. Drain sous hépatique. Crins."

SUITES OPERATOIRES : normales

Les radiographies de contrôle du 22.12.60 sont satisfaisantes : plus de hernie hiatale visible.

Le 18.7.61 : Nouvelle hospitalisation dans le Service du Professeur GEFFROY. L'anémie hypochrome et ferriprive persiste; existence de discrets troubles du transit avec quelques douleurs abdominales.

RADIOGRAPHIES du 26.7.61 : Bilan biliaire et gastro-duodéal négatifs; pas de récurrence de hernie hiatale.

Cette malade n'a pas été revue récemment.

OBSERVATION N° 35

M. B... 48 ans

Malade admis dans le Service le 12.1.61 pour cure d'une hernie hiatale survenue après une contusion thoracique le 26.10.60.

En effet, au cours de son travail, il fut pris entre 2 plateformes de wagon, le maximum de la compression ayant porté sur la base du thorax.

Dans la semaine qui suivit cet accident, apparurent des douleurs épigastriques post-prandiales et lors des changements de position. Les radiographies du 30.11.60 mirent en évidence une petite hernie hiatale par glissement avec reflux, confirmée par la radiographie du 13.12.60.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 17.1.61

"Abord de la région cardio-oesophagienne par voie médiane sus-ombilicale. Libération de la face postérieure de l'oesophage. Enfouissement de l'oesophage à l'intérieur de la grosse tubérosité aux points séparés de fil de lin selon la technique de NISSEN."

SUITES OPERATOIRES : dysphagie passagère; le malade quitta le Service le 30.1.61.

LE 20.2.61 : un nouveau syndrome digestif le fit revenir :

- douleurs abdominales diffuses,
- ballonnement,
- diarrhée.

Un traitement médical fut institué.

La persistance de ces troubles fit demander de nouvelles radiographies : sténose du pylore.

Grâce aux anti-spasmodiques, le syndrome s'atténua mais une anorexie tenace, responsable d'un amaigrissement important fait pratiquer de nouveaux clichés en Janvier 1962: la sténose persistant, l'indication opératoire fut posée.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 20.3.62

"Médiane sus-ombilicale. On ne trouve aucune lésion organique au niveau du pylore; pourtant l'estomac est distendu et témoigne d'une sténose fonctionnelle indiscutable. Gastro-enterostomie postérieure sur anse courte aux points séparés de fil de lin."

SUITES OPERATOIRES : normales

Le 7.12.62 : ballonnement post-prandial avec éructations.

RADIOGRAPHIE du 9.1.63 : pas de récédive, ni de reflux.

OBSERVATION N° 36

M. B... 50 ans

Malade admis dans le Service le 24.4.61. Le début de ses troubles remonte à 5 ans : apparition, au cours d'un effort, de brûlures rétro-sternales puis progressivement de douleurs post-prandiales à type de brûlures siegeant au niveau du creux épigastrique, durant parfois plusieurs heures, calmées par l'ingestion d'aliments ou le repos.

Ces troubles ne regressant pas sous traitement médical, des radiographies pratiquées montrent une petite hernie hiatale par glissement, pour laquelle l'intervention n'est pas envisagée.

Le syndrome devenant de plus en plus intense, de nouvelles radiographies sont pratiquées le 6.3.61 : augmentation de volume de la hernie hiatale. L'intervention est décidée.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 27.4.61

"Malade obèse. Hernie hiatale. Enfouissement de l'oesophage dans la grosse tubérosité selon la technique de NISSEN. Fermeture aux crins."

SUITES OPERATOIRES : dysphagie passagère

RADIOGRAPHIE DU 10.5.61 : contrôle satisfaisant

Le 30.11.62 : Guérison clinique.

RADIOGRAPHIE du 27.12.62 : pas de récédive ni de reflux.

OBSERVATION N° 37

M. M... 63 ans

Malade hospitalisé dans le Service le 4.5.61 pour troubles digestifs et amaigrissement.

Le début des troubles remonterait à Novembre 1959, date à laquelle sont apparues des douleurs rétro-sternales à type de

brûlures survenant 1 h 1/2 à 2 h. après les repas. Elles sont accompagnées de pesanteurs gastriques, de rares vomissements jamais mêlés de sang, d'éruclations fréquentes.

Ce syndrome a été en augmentant progressivement jusqu'à l'hospitalisation du malade et s'accompagne alors d'une discrète dysphagie. L'examen clinique permet la perception d'une induration profonde et sensible dans la région épigastrique.

RADIOGRAPHIES du 26.4.61 : petite hernie hiatale par glissement avec rétrécissement suspect du bas oesophage, déformation antrale évoquant celle d'un épithélioma gastrique.

Une 1ère intervention est pratiquée.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 12.5.61

"Médiane sus-ombilicale. On constate la présence d'un colon sigmoïde qui se trouve ainsi occuper une partie importante de l'épigastre, grâce à un dolicho-sigmoïde considérable; l'exploration de l'estomac et des voies biliaires est absolument négative. L'exploration du colon en dehors de la malformation sigmoïde ne montre rien d'anormal. Il est vraisemblable que le syndrome clinique et radiologique est dû à des phénomènes de compression par le colon sigmoïde. Crins et agrafes."

Le malade sort le 25.5.61

Le 25.9.61, il rentre dans le Service présentant alors une symptomatologie typiquement oesophagienne : sensation d'arrêt alimentaire rétro-sternal, qui cesse dès que le malade boit et s'accompagne de régurgitations lors de l'anteflexion du tronc. Les brûlures épigastriques persistent et sont semblables à celles qu'il présentait lors de la première hospitalisation.

Devant ce tableau clinique, l'indication de la cure de la hernie hiatale est posée.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 28.9.61

"Petite hernie hiatale. Médiane sus-ombilicale. Cure de la hernie par enfouissement de l'oesophage dans la grosse tubérosité selon la technique de NISSEN au fil de lin. Fermeture sans drainage. Crins."

SUITES OPERATOIRES : normales et le malade quitte le Service le 14.10.61

Le 19.2.62, le malade est de nouveau hospitalisé pour douleurs abdominales et anorexie. Pas de signe de reflux.

Le bilan radiologique élimine l'éventualité d'une récurrence et après quelques infiltrations splanchniques qui ont fait disparaître les troubles, le malade quitte le Service le 24.3.62

Le 2.11.62, il persiste encore des troubles gastriques bâtarde, des brûlures rétro-sternales, un ballonnement exagéré par certaines positions.

La symptomatologie actuelle est identique en tous points à celle qui motiva sa dernière hospitalisation. Pas de récurrence radiologique.

OBSERVATION N° 38

M. G... 39 ans

Malade admis dans le Service le 5.3.62 pour douleurs épigastriques en barre rebelles à tout traitement médical.

Les premiers troubles remontent à 3 ans, le malade constatant l'apparition de douleurs à type de crampe, sans périodicité nette.

Ces douleurs augmentent progressivement d'intensité et de fréquence avec une irradiation mammelonnaire gauche et postérieure latéro-vertébrale; à noter que depuis plusieurs mois elles s'accompagnent de vomissements alimentaires; voire d'une simple tendance nauséuse particulièrement nette lorsque le malade se penche en avant.

Les radiographies pratiquées montrent : une hernie hiatale avec un brachy-oesophage nécessitant une cure chirurgicale.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Dr BOULET le 17.3.62

"Hernie hiatale du type I d'AKERLUND. Médiane sus-ombilicale
Dissection de la région oeso-cardiale. Cure de la hernie par la
technique de NISSEN. Paroi sans drainage. Agrafes sur la peau."

SUITES OPERATOIRES : normales

Décembre 1962 : persistance de douleurs épigastriques sourdes.

RADIOGRAPHIE DU 12.1.63 : pas de récédive.

OBSERVATION N° 39

Mme V... 45 ans

Malade admise dans le Service le 24.2.62 pour syndrome
douloureux épigastrique, amaigrissement et asthénie. Anémie à
3.200.000.

Le début des troubles remonte à 2 mois : elle se plaint
de douleurs épigastriques à type de brûlures survenant 1 heure
après les repas. Ces douleurs sont plus marquées en decubitus
dorsal et lorsque la malade se penche en avant; elles ne
s'accompagnent jamais de vomissements, elles sont toujours
localisées dans la région épigastrique sans aucune irradiation.

Les radiographies pratiquées le 1.3.62 ont montré une
volumineuse hernie hiatale para-oesophagienne avec reflux
oesophagien.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 27.3.62

"Très volumineuse hernie hiatale. Fermeture de l'orifice
oesophagien. Enfouissement de l'oesophage dans la grosse tubé-
rosité selon la technique de NISSEN au fil de lin."

SUITES OPERATOIRES : Le 2e jour, collapsus brutal avec syndrome
pulmonaire aigu : épanchement purulent de la base gauche.

Malgré le traitement médical et une trachéotomie, elle
devait décéder le 30.3.62 (pleurésie purulente - peri-cardite
purulente confirmées lors de la vérification).

OBSERVATION N° 40

M. L... 33 ans

Lorsque le malade entre dans le Service l'interrogatoire apprend que le début des troubles remonte à 5 ans :

- douleurs épigastriques post-prandiales, durant 3 à 4 h. à type de brûlures, s'accompagnant de régurgitations sanglantes parfois, et évoluant par poussées d'une semaine, séparées de longues rémissions.

Ces troubles ont motivé une hospitalisation dans le Service du Professeur GIFFROY où le bilan radiologique a permis de dépister l'existence d'une importante hernie hiatale pour laquelle il a été transféré dans le Service.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Dr BOULET le 10.4.62

"Hernie hiatale. Cure de la hernie par la technique de NISSEN. Paroi à la soie."

SUITES OPERATOIRES : normales

Le 24.10.62 : Reprise d'une symptomatologie de reflux et de brûlures épigastriques post-prandiales précoces.

RADIOGRAPHIE : diverticule de pulsion au niveau de l'ancienne hernie hiatale. Traitement médical.

OBSERVATION N° 41

M. M... 54 ans

Ce malade entre dans le Service le 7.11.57, transféré du Service du Docteur DORDAIN, où il avait été hospitalisé 15 jours auparavant pour melaena occulte avec anémie à 2.500.000. Après bilan biologique et radiologique complet, seule une importante hernie hiatale par glissement a dû être retenue comme facteur étiologique probable.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 15.11.57

"Hernie diaphragmatique. Voie abdominale. Abaissement de l'estomac et de l'oesophage. Libération de l'orifice. Suture des piliers à la soie derrière l'oesophage. Fermeture de l'angle de His au lin(4 points). L'exploration abdominale montre une

rate normale. Pas de thrombose splénique. Le tiers inférieur de l'oesophage vérifié avant la cure de la hernie ne montre ni ulcère, ni varices oesophagiennes, ni thrombose locale. Crins profonds. Agrafes."

SUITES OPERATOIRES : Phlébite de la jambe gauche
Persistance de l'anémie quoique moins importante.

Le 24.12.57 Contrôle radiologique satisfaisant.

Le malade n'a pas été revu récemment.

OBSERVATION N° 42

M. B... 46 ans

Depuis une trentaine d'années, le malade présente des douleurs épigastriques, à type de torsion, accentuées par le decubitus dorsal et l'anteflexion.

Lors de son entrée, elles sont violentes et rebelles à tout traitement médical.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 19.1.56

"Abord abdomino-thoracique avec résection de la 9e côte gauche. Fermeture de l'orifice par 4 soies. Fixation de la grosse tubérosité à la face inférieure du diaphragme par 3 lins. Paroi à la soie. Drain thoracique. Agrafes."

SUITES OPERATOIRES : normales

Le 10.1.63 : Persistance partielle du syndrome hiatal après une disparition complète pendant 6 mois.

OBSERVATION N° 43

Mme G.... 65 ans

Opérée le 15.5.53 pour hernie hiatale compliquée d'accidents hémorragiques.

Le 9.11.62 : guérison clinique.

RADIOGRAPHIE du 23.11.62 : pas de récurrence

OBSERVATION N° 44

M. B... 65 ans

Opéré le 2 Mai 1956 pour ulcère juxta-cardial associé à une volumineuse hernie hiatale.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 2.5.56

"Abord abdomino-thoracique. Gastrectomie des 3/4. POLYA. Fermeture de l'orifice diaphragmatique à la soie. A noter une ossification presque totale du centre phrénique."

Octobre 62 : guérison totale.

OBSERVATION N° 45

Mme L...

Le 13.3.58, cette malade est opérée d'une hernie hiatale par voie abdomino-thoracique : fermeture de l'orifice et fixation de la grosse tubérosité à la coupole.

Récidive 1 an après, avec coexistence d'une lithiase vésiculaire.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 21.2.59

"Cholecystectomie. Fermeture de l'orifice par suture des piliers et fermeture de l'angle de His."

Décès le 8e jour par hépato-néphrite grave.

OBSERVATION N° 46

M.M... 50 ans

L'association d'un ulcère pylorique sténosant et d'une hernie hiatale motive l'intervention.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 18.11.60

"Médiane. Gastrectomie des 2/3. PEAN. Fermeture des piliers et de l'angle de His."

SUITES OPERATOIRES : normales

Mai 61 : excellent résultat.

OBSERVATION N° 47

Mme N.. 65 ans

Cette malade est adressée à M. le Professeur JOUANNEAU pour :

- . douleurs épigastriques
- . dyspepsie
- . reflux.

Les radiographies objectivent une hernie hiatale et l'indication opératoire est posée.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 20.1.61

"Médiane sus-ombilicale. Intervention selon la technique de NISSEN."

Guérison clinique et radiologique.

OBSERVATION N° 48

Mme L... 62 ans

Adressée à M. le Professeur JOUANNEAU pour :

- . dysphagie
- . reflux
- . avec influence posturale.

Les radiographies objectivent une hernie hiatale.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 24.2.61

"Médiane sus-ombilicale. Cure de la Hernie hiatale selon la technique de NISSEN."

Guérison clinique et radiologique.

OBSERVATION N° 49

Mlle G... 40 ans

Cette malade qui est adressée à M. le Professeur JOUANNEAU en Mars 1961, a été opérée 10 ans auparavant d'un ulcère hypothétique du duodénum : gastro-enterostomie. Elle a d'autre part été traitée pour tuberculose pulmonaire actuellement stabilisée.

Elle présente :

- une dyspepsie
- des douleurs épigastriques
- un reflux
- un amaigrissement.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 22.4.60

"Médiane sus-ombilicale. Fermeture retro-oesophagienne des piliers et fermeture de l'angle de His."

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 18.3.61

"Récidive : cure selon la technique de NISSEN."

SUITES OPERATOIRES : Normales

Novembre 1962 : amélioration importante, persistance de quelques troubles dyspeptiques peut-être liés à la gastro-enterostomie.

OBSERVATION N° 50

Mme N... 61 ans

Cette malade a présenté 12 phlébites à répétition en quelques années. Il existe d'autre part une anémie, un très léger reflux.

Les radiographies montrent une volumineuse hernie hiatale.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 14.4.61

"Cure de la hernie hiatale selon la technique de NISSEN"

Guérison clinique et radiologique. Aucun accident de thrombose depuis l'intervention.

OBSERVATION N° 51

Mme B... 54 ans

Malade adressée à M. le Professeur JOUANNEAU pour :

- reflux important
- vomissements
- anémie.

Il existe une volumineuse hernie hiatale et l'intervention est décidée.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : Pr JOUANNEAU le 25.11.61

"Il s'agit d'une femme courte et grasse. Abord abdomino-thoracique. Cure de la hernie hiatale selon le procédé de NISSEN".

Amélioration immédiate des troubles de reflux.

Décès subit par embolie pulmonaire massive le 13.12.61, soit au 18e jour.

=====

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne citerons ici que les ouvrages que nous avons consultés. Une bibliographie plus complète pourra être trouvée dans les ouvrages suivants :

DELOYERS L. et J. VAN DER STRICHT Acta gastro enterologica Belgica - "L'avenir de la hernie hiatale" - Vol. 21, Juill.58 - Fasc.7, 329-472.

MOUCHET A. BARRAYA L. "Les hernies hiatales" 64e Congrès Français de Chirurgie - 1-110.

=====

AKERLUND A. "Hernia diaphragmatica hiatus oesophagei vom und röntgenologischen Gesichtspunkt" Acta Radiol. Stockholm 6.1.22. 1926.

ATHANASSOPOULOS B. "Les hernies hiatales de l'adulte" Thèse Paris 4.12.1961.

BARRE Y., DEBRAY C., LAFITTE A., LAMBLING A., LORTAT-JACOB, J.L, SIGUIER F. "Faut-il opérer les hernies diaphragmatiques ?" Presse Médicale 66, 1958, 222-6.

BINET J.P "Voies d'abord et procédés de réparation des hernies diaphragmatiques de l'adulte" - Rev. du Prat. 1956 Tome VI n°23 2571-2579.

BROMBART M. "L'avenir radiologique des hernies hiatales opérées et non opérées" Acta gastro enterologica Belgica - Vol. 21, Juillet 58 - Fasc.7, 402-428.

CARCASSON, GUERINEL, DOR "A propos de 2 hernies hiatales traitées selon la technique de Nissen" Marseille Chir.12, 369-72, Oct.Dec.60.

DELANNOY E., MARTINOT H., "L'opération de Boerema dans les hernies hiatales" Ann. Chir. 1961, Vol.15, n°23-24, 1525-1533

DELOYERS L. et VAN DER STRICHT J. "Pathologie du diaphragme" Acta Chir. Belg. - suppl.3, 103, 1952.

- DELOYERS L. et VAN DER STRICHT J. Acta gastro enterologica Belgica - Vol.21 Juill.58 n° spécial, Fasc.7, 329-472
- DEMOLE M. "Faut-il opérer la hernie hiatale ? Indications opératoires et traitement médical" Praxis 1959, 48, 830-1.
- FORSTER "A propos du traitement chirurgical de 44 hernies hiatales" Ann. Chir. 62 - Vol.16 n° 17-18, 1269-1274.
- HARRINGTON S.W. "Various types of diaphragmatic hernia treated surgically. Report of 430 cases" S.G.O. 1948, 86 n°6, 735.
- HILLEMAND P. et WATTEBLÉ R. "A propos des hernies diaphragmatiques de l'estomac par l'hiatus oesophagien chez l'adulte" Rev. du Prat. Mai 1953, T.3 n° 15, 1037-39
- HILLEMAND P. et al, "Etude clinique du reflux oesophagien" Arch. Mal App. Dig.44, 63, suppl. au n° 6, Juin 1955. Journées des gastro-entérologues français.
- HILLEMAND P. et al, "Orientations thérapeutiques à propos des hernies hiatales et du reflux gastro-oesophagien" Arch. Mal. App. digt.44, 1044, 1955.
- HUART d' F. "Les hernies hiatales. A propos de 10 cas opérés" Ann. Chir. - Vol.14 n° 13-14 C. 803-815.
- KOURIAS B., DARGOUGIAS A., LIAPIS D. "L'état actuel du traitement chirurgical et des résultats éloignés des hernies hiatales. A propos de 31 cas opérés et suivis" Lyon Chir. Mars 60, 161-81
- LE CLUYSE R. "L'évolution spontanée et après traitement médical des patients porteurs de hernie hiatale" Acta gastro enterologica Belgica - Vol.21, Juill.58 - Fasc.7, 371-401.
- LORTAT-JACOB J.L, "A propos de 221 interventions pour hernie par l'hiatus oesophagien chez l'adulte". Ann. Chir.1962 - Vol.16 N° 13-14, 985-990.
- MIALARET J. "Les hernies diaphragmatiques par l'hiatus oesophagien et leur traitement par voie thoracique" Sem. Hôp. Paris 1951, 3, 2703-2717.
- MONGES H., MONGES A., DAHL C., "Etiopathogénie des hernies hiatales" Acta gastro enterologica Belgica - Vol. 21, Juill.58 - fasc.7, 334-370.

- NEMOURS AUGUSTE "Reflux gastro-oesophagien de posture. Brûlures oesophagiennes. Hernie gastrique par l'hiatus oesophagien". Presse Med. 61, 927, 1953.
- NEMOURS AUGUSTE "Considérations sur quelques cas de hernie diaphragmatiques opérées" Acta gastro-enterologica Belgica 22, Janvier 59, 33-37.
- NISSEN "La fundoplicatio et la gastropexie dans le traitement chirurgical de l'insuffisance du cardia et de la hernie hiatale. Indications. Technique. Résultats" (Clin. Chir. Universite Bâle) Ann. Chir. 1962 - Vol.16 n° 11-12, 825-836.
- NUBOER "Résultats et échecs du traitement chirurgical des hernies hiatales" Acta Chir. Belg. 1959 suppl.2, 3-12.
- ROUX G. et PEDOUSSAUT R. "A propos de 60 cas de hernies de l'hiatus oesophagien" Arch. Mal. App. Dig.41 : suppl.n° 5, 52, 1952.
- RUDLER "Voie d'abord des hernies de l'hiatus oesophagien" Acta Chir. Belgica 51, 415, 1952.
- RUDLER J.C "Faut-il opérer la hernie hiatale ? A propos de 57 cas opérés de hernies hiatales" Praxis 1959, 48, 831-3.
- SANTY P et al. "Les indications du traitement chirurgical dans les formes anémiques de la hernie diaphragmatique de l'estomac" Lyon Chir. 49, 285, 1954.
- SENEQUE et CHATELIN "Hernie diaphragmatique par l'orifice oesophagien du diaphragme" Journ. Chir. Dec. 48, T.LXIV n°12, 609
- SWEET R. H. et RICHARD. "Esophageal hiatus hernia of the diaphragm" Ann. Surg. 135, 1, 1952.
- THONY H. "Gastropexie et plicature de la grosse tubérosité dans les hernies hiatales de l'adulte (Opération de Nissen)" Thèse Paris 5.6.62.
- TROCME Y. "Les manifestations cardio-vasculaires des hernies hiatales de l'adulte" Thèse Paris 11.3.58.
- VOLLENWEIDER E.R. "Gastropexy as the sole treatment of hernias of the esophageal hiatus. Nissen's operation" Bd. Soc. Cir. B.Aires 44, 137, 11 Mai 1960.

WEISS A.G HOLLENDER L. and WETZ J.P "L'operation de Nissen pour hernie hiatale" Mem. Acad.Chir. 1960, 86/6-7 223-228.

WELTI et PARISI. "Récidive après laparotomie d'une hernie de l'estomac par hiatus oesophagien du diaphragme, guérison après thoraco-phreno-laparotomie" Arch. Mal. App. Dig.1955 198-209.

=====

